

Les risques éloignés des anastomoses de la voie biliaire principale

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean MENEALT

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 23 Juillet 1910, à PONT-DE-VAUX (Ain)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

**LES RISQUES ELOIGNES DES ANASTOMOSES
DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Les risques éloignés
des anastomoses
de la voie biliaire principale**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean MENEULT

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 23 Juillet 1910, à PONT-DE-VAUX (Ain)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZEL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique	{	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile	{	FAVRE.
Clinique gynécologique.....		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie	{	MOURIQUANI.
Clinique urologique.....		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	{	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT
Chimie biologique et médicale	{	J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique	{	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie	{	MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie	{	LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie générale et thérapeutique	{	HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire	{	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale	{	SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie	{	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAI
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COTTE, président ; SANTY, assesseur,
CREYSEL et CLAVEL.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR J. MENEALT

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET A MES CAMARADES

DE L'INTERNAT

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

LE PROFESSEUR GASTON COTTE

Professeur de Clinique Gynécologique

Nous le remercions de nous avoir fait l'honneur de présider notre thèse et de nous avoir confié ses observations.

Nous le prions d'accepter l'hommage de notre admiration et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE

LE PROFESSEUR SANTY

Chirurgien des Hôpitaux

Une grosse partie de ce travail a été réalisée pendant le semestre que nous avons eu le plaisir de passer dans son service. Nous ne saurions trop le remercier de sa bienveillance à notre égard. Nous le prions de croire à notre reconnaissance et à notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYSSEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLAVEL

Nous les remercions bien vivement
d'avoir accepté de faire partie de no-
tre jury.

A CELUI QUI NOUS A GUIDE
AU COURS DE CE TRAVAIL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MALLET-GUY

Nous ne saurions trop le remercier pour la part très importante qu'il a prise dans l'élaboration de notre thèse. En nous confiant ses observations et ses documents personnels, en ne nous ménageant ni son temps ni ses conseils, il nous a permis de la mener à bien. Nous regrettons qu'il ne puisse nous juger et nous l'assurons de notre bien vive reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

INTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERNHEIM
MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE
MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN
MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET
MONSIEUR LE DOCTEUR DESJACQUES
MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY
MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR MAGNARD
MONSIEUR LE DOCTEUR CUILLERET
MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY
MONSIEUR LE DOCTEUR BRET

A MON MAITRE EN CONFERENCE
DE CHIRURGICAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYSSEL

LES RISQUES ELOIGNES DES ANASTOMOSES DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

INTRODUCTION

Si l'on veut résumer en quelques mots l'opinion unanimement admise en France depuis de nombreuses années sur les anastomoses digestives de la voie biliaire principale en se basant sur les rares cas publiés et sur les discussions qu'ils ont suscitées, on peut dire que ces anastomoses sont considérées comme des opérations exceptionnelles. Ce sont des « pis-aller » auxquels on n'a recours que dans les cas d'occlusion complète et définitive de la voie biliaire principale, lorsque l'obstacle ne peut être levé et quand une dérivation à l'aide d'une anastomose vésiculaire avec le tube digestif ne peut être réalisée. Ce sont des opérations dont il ne faut pas attendre régulièrement de bons résultats en raison des conditions déplorables dans lesquelles on est généralement forcé de les pratiquer; à cause de leur difficulté technique et des accidents secondaires auxquelles elles exposent. Cependant, depuis quelque temps la question du résultat de ces anastomoses est à l'ordre du jour : des opinions très diverses s'affrontent au sujet de leurs indications et de leurs suites

éloignés. D'importantes statistiques étrangères nous ont appris récemment que les anastomoses digestives de la voie biliaire principale étaient érigées par certains chirurgiens en méthode thérapeutique régulière avec des indications assez étendues. C'est alors que se pose, avec tout son intérêt, le problème des suites éloignées de ces anastomoses et de leurs résultats fonctionnels. Ceux-ci étaient considérés jusqu'alors comme mauvais : l'opération exposant avec une grande fréquence à une redoutable complication : l'angiocholite par infection ascendante.

En ce qui concerne ces résultats la question paraît loin d'être tranchée définitivement : des opinions absolument opposées s'affrontent et l'on peut dire avec Mirizzi qu'actuellement « la discussion est ouverte sur toutes les tribunes ».

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

EVOLUTION DES IDEES EN FRANCE

Sans vouloir faire un historique complet des anastomoses de la voie biliaire principale, il nous a paru indispensable, cependant, de rappeler brièvement l'évolution des idées sur cette question jusqu'à ces années dernières.

Si l'on s'en rapporte à Baudoin, à Pantaloni et à Montprofit, on apprend que la première cholédocoduodénostomie fut pratiquée par Riedel le 8 décembre 1888 : son malade mourut de péritonite due à l'insuffisance des sutures. Le premier succès, celui de Sprengel, date de 1891.

Si l'on veut bien se rappeler que la première cholécysto-entérostomie atypique fut pratiquée par Von Winiwarter en 1881, il faut en convenir que les anastomoses bilio-digestives ont été employées à une époque où les méthodes couramment employées aujourd'hui n'étaient pas nées. En effet, la première cholédocotomie fut faite par Kummel en 1884, mais ne fut publiée qu'en 1890 : Terrier, le premier en France, la pratiqua en 1892 et il fait connaître cette opération par la thèse de Jourdan (1895). Enfin « l'hé-

paticus drainage » de Kehr date de 1897, l'année même où Quénu préconisait le drainage systématique après cholédocotomie pour lithiase.

Il est évident que les premières anastomoses de la voie biliaire principale répondaient à des indications qui seraient inadmissibles aujourd'hui. Du reste, les progrès rapides des nouvelles méthodes les ont fait rapidement abandonner et il ne s'en pratiqua plus qu'un petit nombre. C'est ainsi que Quénu en 1905, rapportant le premier cas français, celui de Brin, ne signalait que 9 cas connus. Il concluait « nous croyons pouvoir dire que l'anastomose cholédoco-intestinale n'est qu'un pis-aller s'il s'agit de calculs du cholédoque ». L'opération cependant avait déjà été pratiquée en 1897 par Brun et Hartmann pour un kyste idiopathique du cholédoque mais les auteurs avaient cru faire une cholécysto-duodénostomie.

Brin, en 1907, à propos de son cas, inspire la thèse de Priou (Paris 1907). Dans ce travail consacré surtout à l'historique des cas antérieurement publiés, Priou envisage les différents types d'anastomoses réalisables et il insiste sur la nécessité d'une dilatation cholédocienne. Il conclut : « Qu'elle n'est qu'une opération de nécessité dans la seule condition absolument nécessaire de l'oblitération permanente du cholédoque par un obstacle impossible à lever ». Mais il ne parle pas du résultat de ces opérations.

La même année Terrier publie deux cas d'hépatico-duodénostomie : un de ces cas devait avoir la plus longue survie que nous connaissons car 33 ans plus

tard Gosset publiait les suites de l'intervention à l'Académie de Chirurgie en 1939.

L'année 1908 voit naître plusieurs travaux importants.

P. Mathieu, dans *la Revue de Chirurgie*, étudie les rétrécissements non néoplasiques de la voie biliaire principale. Dans cette importante revue générale il distingue les différents types de rétrécissement et les variétés d'anastomoses qu'on peut leur opposer suivant leur siège. Sur 13 cas d'anastomoses de la voie biliaire principale il trouve 9 guérisons et termine : « Nous pouvons conclure que cette statistique est assez encourageante en ce qui concerne les sténoses non malignes ».

Cotte, dans sa thèse, sur le « Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications », apporte le résultat des importantes statistiques allemandes. Amené à parler des anastomoses à propos des sténoses cicatricielles, il donne la préférence à l'implantation : « Elle a sur les anastomoses latérales des avantages analogues à ceux de l'exclusion intestinale sur les simples entéro-anastomoses, dans lesquelles on laisse persister au-dessous de l'anastomose un recessus plus ou moins important fort mal drainé ». Rapportant les cas, opérés, de cancer des voies biliaires, il signale également quelques cas d'anastomose.

Au XXI^e Congrès Français de Chirurgie, consacré à la chirurgie du cholédoque et de l'hépatique, Delagenière et Gosset commentent les principaux cas d'anastomoses publiés, ils décrivent les différentes techniques et rapportent les 5 cas connus d'hépatico-

duodénostomie : ils ne font aucun commentaire sur les conséquences physiologiques et les résultats éloignés. Ils signalent le premier cas de cholédoco-duodénostomie interne sus-papillaire fait par Kocher en 1894. Montprofit propose la cholédoco-jéjunostomie par un procédé analogue à celui qu'il avait décrit pour sa cholécysto-entérostomie en Y : opération qu'il croit facile vu la mobilité du grêle et qui, par l'exclusion unilatérale d'une anse sur 15 cm., empêche le reflux du contenu intestinal dans les voies biliaires et les causes d'infection ascendante. En fait ce rapport de 1908 est consacré avant tout à la cholédocotomie pour lithiase avec drainage externe dont il consacre la valeur et dont il fixe les indications telles qu'elles sont encore pratiquées de nos jours par la plupart des chirurgiens. Réunissant les principales statistiques publiées dans la thèse de Cotte, les rapporteurs arrivent à une mortalité de 12,5 %.

Lejars, en 1911, analysant les indications et la technique des anastomoses bilio-digestives, résume les résultats de Kehr publiés l'année précédente par Eichmeyer. Dans cet article consacré presque uniquement à la cholécysto-entérostomie qui « est l'opération la plus simple, la plus efficace et la plus bénigne », il parle du danger de l'infection ascendante qui existe pour toutes les variétés d'anastomoses et qui est favorisée par la stase biliaire en cas de mauvais fonctionnement de la voie de drainage (Expériences de Radziewsky).

La même année Hartmann rapporte à la Société

Nationale de Chirurgie un cas de cholédoco-gastrotomie de Dujarier avec guérison parfaite de 3 ans. Dans la discussion, Bazy signale que la malade chez laquelle il avait fait 4 ans auparavant une hépatico-duodénostomie continue à jouir d'une santé parfaite. Et il concluait : « Les cas où l'on a pu suivre ces malades ne sont pas si nombreux que celui-ci ne doive être signalé ».

A l'Académie de Médecine, Quénu, au sujet de la communication de Bazy, déclarait : « Il ne faut considérer la cholédoco-duodénostomie que comme une opération d'exception dans les rétrécissements fibreux du cholédoque et dans les atrésies liées à des pancréatites chroniques de longue durée ». Mais Brault y ajoutait ce correctif : « On peut accepter que l'aboutement du cholédoque au duodénum doit être considéré comme une opération exceptionnelle; il n'en reste pas moins vrai que le résultat peut en être excellent ».

Duval, en 1919, à propos de quelques cas de chirurgie de la voie biliaire principale, rapporte un cas d'angiocholite survenu trois mois après une cholédoco-duodénostomie pour rétrécissement cicatriciel et il conclut : « Cette anastomose latéro-latérale expose aux mêmes inconvénients que les autres modes d'anastomose. La disparition de l'appareil sphinctérien de défense expose fatalement à l'infection ascendante des voies biliaires et du foie. Je ne sache pas que nous possédions une technique pour obvier à cette redoutable complication ».

Lecène et Gaudart d'Allaines, en 1922, dans leur

article du *Journal de Chirurgie* sur la réparation de la voie biliaire principale, envisagent surtout la prothèse caoutchoutée. Ils publient 13 cas d'anastomose directe sur tube et 23 cas d'anastomose médiate par prothèse perdue.

Le rapport de Villard et Mathieu au XXXII^e Congrès français de Chirurgie en 1923 constitue le premier travail d'ensemble sur les anastomoses de la voie biliaire principale. Ils citent en effet 29 cas d'hépatico ou de cholédoco-duodénostomie latéro-latérale et 19 cas d'hépatico ou de cholédoco-duodénostomie terminale par implantation, 3 cholédoco-gastrostomies, 8 cholédoco-jéjunostomies et 17 hépato-cholangio-entérostomies. Ils concluent : « Les suites éloignées de ces opérations sont mal connues : il y a des cas où l'on est conduit à penser qu'il y a eu des poussées d'angiocholite ascendante ». Etudiant les complications de ces anastomoses, ils les trouvent toutes justiciables du même inconvénient : le rétrécissement de la bouche anastomotique et surtout l'angiocholite ascendante dont c'est le gros danger. Ils signalent le reflux et pensent que l'on peut l'atténuer par des modifications de technique. En ce qui concerne les résultats éloignés ils déclarent : « Nous sommes autorisés par certains faits bien observés à faire des réserves sur l'avenir des malades bien que de très longues survies avec guérison complète aient été publiées ». Le problème du risque des anastomoses de la voie biliaire principale paraît donc nettement posé.

Stolz, dans la thèse de Weiss (Strasbourg 1924) sur

la dérivation de la bile dans les occlusions non lithiasiques des voies biliaires, préconise la cholécysto-entérostomie sur anse exclue et la cholédoco-duodénostomie quand celle-ci n'est pas réalisable. « Nous considérons la cholécysto-jéjunostomie et la cholédoco-duodénostomie comme d'excellentes opérations sur l'issue favorable desquelles on est en droit de tabler dans tous les cas où l'obstruction biliaire n'est pas due à une infection à marche progressive et envahissante comme le cancer ». Ils apportent en effet 4 cas de cholédoco-duodénostomie avec des suites de plusieurs années.

Les années suivantes de nouvelles méthodes sont proposées en France pour remplacer le drainage par tube en T après cholédocotomie pour lithiasie : les publications de Duval (1924-1925), de Zawadski, la thèse de Baverel (Nancy 1926) sur le drainage transvatérien, commencent à faire connaître les méthodes proposées à l'étranger en remplacement de l'hépatocus-drainage de Kehr et signalent les travaux allemands sur la cholédoco-duodénostomie, comme opération de drainage. Cette méthode ne trouve aucun écho en France.

Mallet-Guy, en novembre 1930, attribuant l'angiocholite ascendante après les anastomoses de la voie biliaire principale, au reflux alimentaire par l'orifice anastomotique, pratique de propos délibéré une exclusion du duodénum par résection étendue de l'ancre pylorique, et gastro-entéro-anastomose, pour supprimer ce reflux. Il s'agissait d'une malade chez la-

quelle il avait pratiqué 6 mois auparavant une hépatico-duodénostomie pour rétrécissement du cholédoque après cholécystectomie; et qui avait fait des accès d'angiocholite. Il propose cette méthode comme traitement prophylactique et curatif de l'angiocholite ascendante. Cette malade présentée à la Société de Chirurgie de Lyon le 10 mars 1932 dans un état très satisfaisant ne souleva aucun commentaire.

La même année, et à propos de cette observation, il inspire la thèse de Robert (Lyon 1932) et en 1933 il publie dans la *Revue de Chirurgie* un article sur l'angiocholite après les anastomoses de la voie biliaire principale. Sur 118 cas retrouvés dans la littérature on n'en compte que 28 ayant des résultats éloignés. De ceux-ci 12 ont été guéris, 8 eurent de petits troubles, les 8 autres moururent d'angiocholite ascendante. Ayant démontré l'action corrosive du suc pancréatique sur les voies biliaires il propose l'exclusion pylorique comme méthode tendant à supprimer le reflux, et par là l'angiocholite ascendante.

Papin, en 1934, présente à la Société Nationale de Chirurgie un cas de cholédoco-duodénostomie faite pour pancréatite chronique avec ictère avec guérison complète depuis 4 ans, bien qu'il y ait eu des accidents infectieux sérieux au moment de l'opération. Il constate que la cholédoco-duodénostomie est « une opération d'exception dans les pancréatites chroniques ». Il résume parfaitement l'opinion généralement admise en ces termes : « Notre observation apporte un résultat éloigné à insérer dans un dossier qui en renferme peu. Ce sont en effet les résultats

éloignés de pareilles anastomoses qui sont en cause et, récemment encore Mallet-Guy montrait combien il est difficile d'en retrouver qui se maintiennent bons après plusieurs années.

...La cholédoco-duodénostomie est une opération d'exception. Elle est légitimée quand on ne peut pas faire autrement en fait d'anastomose bilio-digestive, mais il est évident qu'elle cède le pas aux anastomoses à l'aide de la vésicule lorsque celle-ci est utilisable. La lourde menace qui pèse sur les communications directes entre la voie biliaire principale et le tube digestif réside dans l'angiocholite ascendante avec issue fatale tôt ou tard... Il n'est pas sans intérêt de rappeler que certaines écoles étrangères pratiquent volontiers la cholédoco-duodénostomie dans la lithiase du cholédoque et dans ses complications vatérientes et pancréatiques. Dans cet ordre de faits la cholédoco-duodénostomie apparaît à plusieurs non pas comme une opération de nécessité mais comme *l'opération de choix* dans certaines formes de lithiase. Ils la pratiquent comme complément de la taille du cholédoque, comme prévention à l'égard d'accidents futurs, en tout cas comme traitement de ces accidents confirmés ». En citant les principaux travaux allemands, il constate que ces séries numériquement importantes présentent la cholédoco-duodénostomie sous un jour où elle est peu connue et appréciée en France. « Si la question du résultat éloigné reste préoccupante, la régularité avec laquelle certains chirurgiens, comme Finsterer, la pratiquent tend, cependant à ne pas la faire juger comme défavorable à priori. Dans ces travaux on ne sait pas toujours si les

résultats annoncés sont bien vérifiés à longue échéance. Personnellement, il me paraît prudent de continuer à faire de la cholédoco-duodénostomie, non pas une opération de choix, mais seulement une opération de nécessité et de la réserver aux seuls cas où l'on ne peut faire autrement. En pareil cas, à côté des échecs dus à l'angiocholite, cette opération est susceptible de donner des résultats durables et très appréciables ».

On voit donc, une fois de plus, à la lumière de travaux étrangers, se poser la question des résultats des anastomoses de la voie biliaire principale : cette question suscite bientôt un intérêt grandissant.

Bengolea, à la Séance de l'Académie de Chirurgie du 10 mars 1937, présente deux cas d'angiocholite ascendante : « Pendant longtemps les anastomoses bilio-intestinales s'effectuaient en dernier recours pour soigner les fistules complètes ou des cas d'obstruction cancéreuse de la portion terminale du cholédoque. Le risque d'angiocholite suppurée était couvert par la gravité de l'affection que l'on traitait. Mais actuellement, le champ d'étude des anastomoses bilio-intestinales a reçu une impulsion inattendue sous l'influence de nouvelles théories sur la pathogénie des affections des voies biliaires. C'est ainsi que Finsterer pratique la cholédoco-duodénostomie dans la plupart des cas de lithiasse du cholédoque. D'autre part, les diverses affections que quelques-uns groupent sous le terme de « dyskinésies » sont aussi susceptibles de guérison ou d'amélioration au moyen de l'interruption chirurgicale de la portion terminale du cholédoque : de là vient qu'on propose des interven-

tions telles que cholédoco-duodéno-stomie, cystico-duodéno-stomie, cholédoco-gastrostomie. La chirurgie expérimentale démontre unanimement « que l'infection ascendante est un fait constant dans les anastomoses bilio-digestives ». Aussi, il pose la discussion devant l'Académie.

La publication de Leclerc en 1937, la communication de Mallet-Guy en janvier 1938 à propos de la malade présentée en 1932 sont le point de départ d'une longue série de discussions à l'Académie de Chirurgie avec Lardennois, Soupault, Bergeret, Gosset, Brocq, Finsterer, Bengolça, Mirizzi, Okinczyc. La discussion n'est pas encore close, il semble qu'on y mélange un peu les anastomoses vésiculaires et cholédociennes et on commence à faire état des publications étrangères.

Soupault, à la Séance du 6 avril 1938, croyait pouvoir conclure de la façon suivante « les anastomoses bilio-digestives sont des opérations délicates, *imposées* par des lésions ou des infirmités sévères, elles ne réalisent pas les conditions idéales et leurs résultats éloignés sont inconstants, grevés entre autres du risque principal d'angiocholite secondaire » ; cependant, ce risque tardif ne doit pas être exagéré et ne paraît pas dépasser le chiffre déjà élevé de 25 %. Il y a lieu de faire une *distinction très nette entre les différents cas* : dans une formule schématique mais répondant à l'ensemble des faits, on peut admettre que les anastomoses de la voie biliaire principale sont de deux sortes :

— Ou bien il s'agit d'opérations pénibles exécutées à la suite d'opérations itératives dans une région bou-

leversée en milieu infecté, à la suite desquelles tous ces facteurs imposent des procédés de fortune, et les résultats sont généralement mauvais;

— Ou bien les lésions permettent d'adopter « une conduite de choix » et l'on est en droit d'escompter dans la grande majorité des cas une guérison durable ».

Tout récemment enfin, Mallet-Guy présentait à la Société de Chirurgie de Lyon le 1^{er} juin 1938, 8 cas de cholédoco-duodénostomie d'indication relative en insistant sur ce point qu'il y a lieu de distinguer radicalement au point de vue fonctionnel et, partant quant au devenir éloigné, les anastomoses de la voie biliaire principale faites sur cholédoque oblitéré de celles faites sur cholédoque perméable et il apportait à l'appui de ce point de vue des documents radiographiques personnels.

Sans vouloir citer ici tous les travaux français se rapportant à ces anastomoses et dont on trouvera les indications à propos des observations, nous devons signaler les communications étrangères de Finsterer (Société de Chirurgie de Marseille, 1935, Congrès de l'Insuffisance hépatique, Vichy, 1937, Académie de Chirurgie 1938), de Dziembowski (Société des Chirurgiens de Paris 1931, Congrès de Chirurgie 1933), de Jurasz (*Presse Médicale*, 1939).

CHAPITRE II

EVOLUTION DES IDEES A L'ETRANGER

En Angleterre et aux Etats-Unis on a suivi et gardé les mêmes tendances qu'en France. Depuis le cas de Summers (1900), celui de W.-J. Mayo (1904), presque toutes les anastomoses de la voie biliaire principale ont été effectuées pour des indications absolues. Nous devons citer Mayo-Robson, partisan de la cholédoco-jéjunostomie, Brewer (1910), Sullivan (1909 et 1912), Jacobson (1914), Walton, Balfour et Mac Arthur (1923), mais il faut citer surtout les articles fondamentaux d'Eliot en 1918 et en 1936 sur les rétrécissements cicatriciels ; ceux de W. Walters avec les statistiques importantes de la Mayo-Clinic, de Guerry, de Whipple, de Lahey, de Judd et Burden, et le livre de Horgan (1932).

De nombreux travaux expérimentaux ayant montré la constance de l'infection après les anastomoses de la voie biliaire principale ou de la vésicule, celles-ci sont peu pratiquées Outre-Atlantique. Aussi, presque tous les cas d'anastomose bilio-digestive de la voie biliaire principale concernent des rétrécissements cicatriciels après cholécystectomie ou des cancers. Ce sont donc des indications absolues. Graham, Coll et Moore écrivent en 1928 « les dérivations di-

gestives ne doivent être employées qu'en ultime recours ».

A notre connaissance, il n'existe qu'une exception : Strauss, Strauss, Strauss et Crawford en 1933 ont traité 22 cas de « stase biliaire » par la cholédocoduodénostomie avec gastro-entéro-anastomose systématique. A la suite de l'observation d'un reflux duodénal qui disparut après gastro, ils en sont venus à cette méthode qui leur donna de très bons résultats par la suite.

En Italie, à la suite d'Alessandri, de nombreux travaux expérimentaux ont été entrepris, mais il y a peu de cas cliniques (Grassi, Baggio, Piéri).

Les autres pays d'Europe, la plupart soumis à l'influence allemande ont adopté partiellement les idées allemandes mais beaucoup de chirurgiens continuent à faire le drainage externe après cholédocotomie pour lithiase. (Congrès de Chirurgie Polonais de 1925).

Par ce résumé succinct on peut voir qu'en France les idées sur les indications et la valeur des anastomoses de la voie biliaire principale n'ont guère changé depuis 1908. Elles sont toujours considérées, de même que dans les pays anglo-saxons, comme des opérations que l'on réserve aux cas de sténose définitive et « directement irrémédiables » (Jaboulay) du cholédoque, lorsque toute autre méthode de rétablissement du cours de la bile est impossible à pratiquer. Par contre, on redoute avant tout l'angiocholite

ascendante à laquelle elles exposent assez fréquemment sans qu'on puisse, vu le petit nombre des opérations pratiquées, donner un pourcentage exact des mauvais résultats.

Contrairement à cette uniformité d'opinions, on voit en Allemagne soutenir des idées divergentes. Comme nous l'avons dit au début de l'histoire des anastomoses, elles ont eu une vogue passagère ; l'autorité de Kehr et la généralisation de la cholédocoléjuno-jejunostomie avec drainage du cholédoque les ont fait rapidement délaisser pour ne les réserver, comme en France, qu'à des indications absolues.

Eichmeyer en 1910-1911, publie les résultats des malades opérés par Kehr pendant les trois années précédentes. Parmi eux, on relève deux cholédocoléjuno-jejunostomies suivies plus d'un an.

Kausch, en 1912, en présentant un cas de cholédocoléjuno-jejunostomie réalisé par un procédé compliqué, fait une revue générale de quelques cent pages sur les anastomoses de la voie biliaire principale sans rien apporter de nouveau.

En 1913, Sasse, dans un court article d'une importance capitale — car il énonce toutes les indications relatives de la cholédocoléjuno-jejunostomie que l'on verra défendre plus tard — propose cette opération en remplacement de l'hépatocystostomie de Kehr. Il pense qu'à côté des cas où l'indication est absolue, il en est où la cholédocoléjuno-jejunostomie peut être « opportune ». En proposant l'anastomose en remplacement du drainage par le tube en T il lui reconnaît les avantages suivants :

— Elle permet l'écoulement de la bile dans l'intestin sans aucune déperdition ;

— Elle assure un drainage continu, ce qui est la meilleure condition pour la guérison des voies biliaires infectées ;

— Elle permet l'expulsion spontanée dans l'intestin des calculs oubliés ;

— Elle évite les récidives post-opératoires en cas de lithiase dues à la persistance d'une angiocholite dont c'est la meilleure méthode curative et prophylactique ;

— Elle évite les inconvénients du drainage externe et les opérés traités de cette façon ont des suites très simples et une convalescence bien plus rapide.

Et Sasse publie 10 des 46 cas ainsi traités pour certaines des indications relatives que nous venons de citer. Comme contre-indications à sa méthode, il reconnaît l'angiocholite grave et la friabilité du cholédoque. Il croit par ailleurs que les pseudo-récidives, après cholécystectomie, ne sont pas dues à des calculs mais plutôt à une angiocholite qui est guérie ou empêchée par une anastomose. La cholédoco-duodénostomie lui paraît par contre particulièrement indiquée dans les angiocholites non calculeuses, dans la lithiase du cholédoque lorsque le canal est très dilaté et qu'il vient du sable biliaire et des calculs des voies biliaires intra-hépatiques, lorsqu'il n'est pas certain d'avoir enlevé tous les calculs.

Mais Kehr, dans son livre (1913), s'élève violemment

contre ce qu'il appelle les « Erzatoperationen der Hepatikus-drainage ». Après avoir rappelé que Bardeleben en 1906 fit une cholécysto-entérostomie pour réaliser un drainage interne après une cholédocotomie, il reprend point par point les arguments de Sasse qu'il juge théoriques et les réfute en se fondant surtout sur l'excellence des résultats que lui a donnés sa longue expérience du drainage externe. Il déclare n'avoir fait que 27 anastomoses de la voie biliaire principale dont une moitié pour cancer, l'autre pour rétrécissement cicatriciel de l'ampoule de Vater. En cas de lithiasé, il n'admet la cholédoco-duodénostomie que dans les cas où le cholédoque est très fortement dilaté. D'après lui, au point de vue physiologique, si la papille est sténosée, il va se former de la stase et du dépôt dans le segment sous-anastomotique du cholédoque, ce qui va entraîner des accidents infectieux ; si le cholédoque est perméable, il va se passer un fait analogue à ce que l'on observe en cas de gastro-entéro-anastomose avec pylore perméable : l'anastomose sera vite oblitérée.

Jurasz, au Congrès de Varsovie en 1921, publie 21 cas et en 1923, sa statistique se montait à 33 cas personnels avec une seule mort post-opératoire. D'après lui, les résultats sont très bons et il intitule son travail : « la Cholédoco-duodénostomie comme méthode de choix pour le drainage de la voie biliaire principale ». Une autopsie faite 13 mois après l'opération a montré la bouche anastomotique en parfait état.

Von Haberer (1922) discute la cholédoco-duodénos-

tomie trans-duodénale à la Lorenz et lui préfère la cholédoco-duodénostomie externe sus-duodénale qu'il trouve indiquée quand il y a du sable biliaire ou de très nombreux petits calculs dans un cholédoque dilaté aux parois épaissies et dans les pancréatites chroniques. Il apporte 8 cas avec guérisons datant de plusieurs années.

Moll (1922) au Congrès des Chirurgiens du Bas-Rhin et de Westphalie à Dusseldorf publie 20 cas personnels sans accidents et attire l'attention sur ce fait que l'infection ascendante n'est pas à redouter.

Goepel (1922), étudiant et comparant les diverses méthodes de drainage après cholédocotomie (dilatation de la papille, cholédocotomie trans-duodénale), propose la cholédoco-duodénostomie rétro-duodénale : il ne craint pas l'infection ascendante même si l'anastomose est large car l'écoulement continu de la bile suffirait à l'empêcher. De façon générale, il condamne la cholécysto-duodénostomie, car il y a stagnation dans la vésicule et, par là, infection progressive de l'arbre biliaire. Il ne parle pas cependant du reflux duodéal. En opposition avec la cholécystectomie « idéale » de Von ^HHaberer, il propose une nouvelle opération « idéale » pour la lithiasse du cholédoque : cholé-cystectomie, ablation des calculs, suivie d'une anastomose large du cholédoque au duodénum.

Floercken et Steden (1923), revoient 14 des 46 malades de Sasse et de Hocken. Ils apportent 20 cas personnels avec une seule mort post-opératoire mais indiquent des contre-indications à la méthode qui sont surtout d'ordre anatomique (profondeur du champ

opératoire, friabilité des tissus, gravité de l'état général).

Au Congrès de Chirurgie Allemand de 1923, Braun, Rost recommandent l'anastomose en remplacement du drainage externe dans les angiocholites graves. Schlingmann rapporte 35 cas de Jurasz dont une partie a été suivie pendant 3 à 4 ans. Il ne signale aucun cas d'infection ascendante mais dans 8 cas il y a eu récurrence des troubles. Il insiste sur l'importance qu'il y a de faire une anastomose large.

La même année, au Congrès de Chirurgie de Vienne Finsterer, Schnitzler, Von Haberer, recommandent à leur tour la cholédoco-duodénostomie pour le drainage du cholédoque, mais avec des indications limitées; ils rejettent la cholédocotomie trans-duodénale et la dilatation de la papille recommandées par Walzel.

Ahrens (1923) préconise la cholédoco-duodénostomie par implantation dans les pseudo-récurrences après cholécystectomie avec voies biliaires dilatées.

Dziembowski au Congrès de chirurgie polonais de 1923-1924, publie 8 cas d'anastomose pour complications de la lithiase (rétrécissement cicatriciel) avec des résultats immédiats et éloignés « très favorables ».

En 1925, Floercken rapporte 54 cholédoco-duodénostomies faites en remplacement du drainage externe du cholédoque avec une mortalité de seulement 3,7 %, et des résultats très bons dans 61 % des cas, satisfaisants dans 17 % des cas. Aucun cas d'angiocholite. Ayant eu l'occasion de réintervenir il a pu faire des constatations intéressantes sur l'évolution

anatomique de ces anastomoses, et il conclut : « Tant que l'anastomose doit fonctionner pour une raison quelconque elle reste ouverte et protège le malade contre les dangers d'une sténose secondaire du cholédoque. Si le cholédoque reste perméable l'anastomose se ferme ». Il donne la cholédoco-duodénostomie comme traitement de choix des pseudo-récidives après cholécystectomie.

Rümmel et Walzel recommandent également, l'année suivante, la cholédoco-duodénostomie trans-duodénale pour les pseudo-récidives et les calculs de la papille.

Freund en 1926, rapporte à la Société des chirurgiens allemands du Nord-Ouest, 16 cas de cholédoco-duodénostomie exécutés dans des circonstances où pour des raisons techniques on avait été obligé de laisser en place un calcul dans la papille ou quand on n'avait pas la certitude d'avoir enlevé tous les calculs. Il a de bons résultats.

Jedlicka (1925), dans un ouvrage important sur la prothèse du cholédoque se montre partisan fervent des anastomoses pour lesquelles il ne craint pas l'infection ascendante, il est très favorable à la prothèse caoutchoutée rapidement exécutable et qu'il ne considère pas comme un moyen d'exception.

Petermann (1926), reconnaît comme indications relatives à l'anastomose la présence de débris de calculs ou de boue biliaire dans le cholédoque avec dilatation importante de celui-ci. Par ailleurs, il ne reconnaît à la cholédoco-duodénostomie que des indications absolues et en cas d'angiocholite il préfère le

drainage de l'hépatique. Il a fait 24 cholédoco-duodénostomies avec deux morts.

On trouve parmi les publications importantes des années suivantes :

Finsterer (1926), délaisse presque complètement le drainage externe qui lui a donné de mauvais résultats (mort de cachexie progressive par déperdition de la bile, fistule biliaire), au profit de la cholédoco-duodénostomie qu'il pratique dans les cas avec angiocholite et quand il existe des petits calculs en très grand nombre. Il fait cependant un drainage du périitoine. Il rapporte 15 cas avec une seule mort.

Haberer qui ne voit comme avantage de cette méthode que la suppression du drainage la considère comme très efficace s'il reste des débris de calculs dans les voies biliaires. Il ne peut pas confirmer le danger de l'affection ascendante.

Arnsperger, contrairement à ces auteurs, ayant eu de mauvais résultats après la cholécystectomie associée ou non à un drainage du cholédoque, fait, lorsque la vésicule le permet, une anastomose cholécystogastrique ou duodénale pour supprimer la stase. En cas de calculs du cholédoque il fait une cholédocotomie, suture le cholédoque et termine par une anastomose vésiculaire large.

Steindl, à la clinique de Hochenegg (1926) fait, autant qu'il est possible, la suture primitive du cholédoque. Il a pratiqué dans quelques cas la cholédoco-duodénostomie interne.

Lœwenstein (1927) est un chaud partisan des anastomoses bilio-digestives dont il étend très loin les

indications et qu'il recommande particulièrement chez les malades âgés et très affaiblis. Il a fait 10 cholédoco-duodénostomies avec une seule mort et 9 guérisons éloignées, de 3 mois à 9 ans. Il n'a pas observé d'infection ascendante, même dans les cas où l'on avait observé un reflux. Il croit qu'il se passe pour les anastomoses bilio-digestives ce que l'on observe pour les gastro-entérostomies quand le pylore redevient perméable. En ce qui concerne la cholédoco-duodénostomie il admet comme indication relative les cas où l'on ne peut agir sans danger sur la papille en raison de l'état général. Il est également très partisan des anastomoses vésiculaires mais estime qu'on doit réduire au minimum l'emploi de la prothèse caoutchoutée.

Heymann (1926), puis en 1927, Carsky la recommandent dans les syndromes pseudo-lithiasiques avec dilatation de la voie biliaire principale qu'ils expliquent par un spasme du sphincter d'Oddi.

Toole (1928) recommande la cholédoco-duodénostomie comme méthode de choix dans les angiocholites graves en réservant le drainage de l'hépatique aux cas moins aigus. Il ne redoute pas l'infection ascendante, qui, pense-t-il, est empêchée par l'écoulement de la bile. Il cite 5 cas avec une mort tardive par oblitération de l'anastomose.

Kaspar (1929) à la clinique de Hochenegg préfère l'anastomose du cholédoque aux anastomoses vésiculaires en cas de cancer du pancréas ou de pancréatites. Il trouve qu'au point de vue physiologique, com-

au point de vue danger d'infection ascendante, les anastomoses vésiculaires sont moins bonnes. Pour lui, le danger d'infection ascendante après anastomose de la voie biliaire principale est une objection théorique sans valeur pratique. Aussi il la recommande pour le traitement de l'angiocholite et conseille de faire une anastomose large (15 à 20 mm.). En plus de ses 38 cas personnels il réunit dans une statistique de 230 cas les observations de Sasse, Jurasz, Floercken, Petermann, Moll, Finsterer, Loewenstein, Von Haberer et Toole avec une mortalité très réduite de 2,6 %. Il considère la méthode très supérieure au drainage externe et admet comme indication l'angiocholite suppurée les calculs multiples, la pancréatite.

Hollenbach en 1929, a fait la cholédoco-duodénostomie dans 7 cas de pseudo-récidives après cholécystectomie. Il les rapporte à des pancréatites : il a eu 5 guérisons éloignées et une amélioration malgré un cas de reflux.

Finsterer en 1930, apporte 41 cas avec d'excellents résultats, il fait une anastomose large pour obtenir un écoulement continu de la bile. Il ne solutionne pas la question du reflux car il n'a pas observé d'infection ascendante chez ses opérés.

A partir de 1930, il paraît en Allemagne et en Europe centrale un nombre considérable de publications qu'il nous est impossible d'analyser ici. Les indications pour lesquelles on propose la cholédoco-duodénostomie sont pratiquement celles que nous venons d'énoncer. Nous nous contenterons de citer :

Enderlen, le Congrès d'Helsingfors de 1931.

En 1932, nous devons signaler le très important travail de David à la clinique de Zahradnicek (Prague) sur l'infection ascendante après les anastomoses bilio-digestives. L'auteur rapporte 40 observations détaillées (et ceci est assez rare pour que nous y insistions) comprenant 8 cholédoco-duodénostomies internes avec 8 guérisons excellentes, 12 cholédoco-duodénostomies externes et des anastomoses vésiculaires. Dans son travail expérimental il constate le désaccord qui existe entre la clinique et l'expérimentation : il a observé fréquemment du reflux, mais il conclut en faveur des anastomoses et déclare ne jamais pratiquer le drainage externe en cas de lithiasé du cholédoque.

Holbaum (1932) reconnaît à l'anastomose de la voie biliaire principale trois indications majeures qui sont la présence de nombreux calculs, l'angiocholite, une dilatation importante du canal. Il reproche à la dilatation de la papille d'être aveugle bien que Walzel et Bakes aient eu de très bons résultats. Il estime que le danger d'infection ascendante est minime et recommande une anastomose large.

Finsterer (1932), sur 89 cas de lithiasé du cholédoque a fait 56 anastomoses, 11 fermetures primitives et 18 drainages externes seulement.

Dziembowsky rapporte 18 cas avec 2 morts post-opératoires, mais tous les autres malades ont été suivis plus de 2 ans.

Talmann (1933) déclare la cholédoco-duodénostomie « une opération excellente », il la pratique surtout en cas de cholédoque dilaté à parois épaissies,

en cas de sténose relative de la papille et lorsqu'il craint qu'il ne reste des calculs. Il n'a eu que de bons résultats. Cependant, il ne conseille cette opération qu'avec prudence car, dit-il, elle est antiphysiologique: « Sans doute il n'est pas rare que le reflux gastrique et duodéal existe et amène de l'inflammation des voies biliaires : la littérature ne donne pas beaucoup de cas qui ont été suivis pendant des dizaines d'années. Ce n'est pas parce que les malades sont bien portants dans l'année qui suit l'intervention que tout risque a disparu; sans doute de légères angiocholites et hépatites évoluent sans traduction clinique et peut-être avec le temps, évolueront-elles vers des cirrhoses biliaires ».

Nous citerons également Pototschnig (1935), la thèse de Klostermann (Dusseldorf 1937), Bayer.

Il est impossible de résumer les articles que font paraître presque chaque année Finsterer, Floercken ou Bernhard.

Bernhard en 1934, ayant observé 51 cas trouve que les résultats immédiats paraissent meilleurs que les résultats éloignés, le danger principal étant l'angiocholite ascendante. Sur 22 malades chez lesquels on fit un contrôle radiologique, il a constaté du reflux dans 50 % des cas. Cependant, d'après lui, la cholédoco-duodénostomie est jugée trop sévèrement et jouit d'une faveur trop minime. En ce qui le concerne il n'a observé que des angiocholites frustes.

Floercken a eu 57 résultats excellents, 12 bons et seulement un mauvais. En établissant une statistique générale de 1912 à 1930, il arrivait en 1934 à 665 cas

avec une mortalité globale de 10 %, analogue à peu près à celle de la cholédocotomie pour lithiasé avec drainage externe.

Tout récemment enfin, Jurasz déclarait avoir fait 68 cholédoco-duodénostomies pour angiocholite et Redell rapportait 720 cas suédois d'anastomose bilio-digestive : malheureusement cette statistique qui comprend celle de Norrlin (1938) est difficilement utilisable, car elle étudie en bloc les anastomoses vésiculaires et cholédociennes. La question des anastomoses de la voie biliaire principale vient d'être soulevée encore au Congrès Allemand de Chirurgie de 1938 (Oettle, Wagner).

Il ne faudrait pas croire, cependant, que les anastomoses de la voie biliaire principale et que la cholédoco-duodénostomie en particulier, aient complètement supplanté la cholédocotomie avec drainage externe dans le traitement de la lithiasé du cholédoque en Europe centrale. Si certains grands noms de la chirurgie contemporaine sont devenus les partisans fervents de la cholédoco-duodénostomie, il faut bien reconnaître que beaucoup continuent à pratiquer le drainage du cholédoque à l'aide du tube en T ou emploient d'autres méthodes comme la dilatation de la papille, le drainage transvratérien par tube perdu ou parfois même la suture primitive (Doberauer). Nombreux sont donc encore les chirurgiens qui restent opposés aux anastomoses. Après Kehr dont nous avons brièvement donné les arguments, beaucoup opposent aux anastomoses en se plaçant du simple point de vue

technique leurs difficultés et la longueur de l'opération qui font courir un danger supplémentaire à des malades souvent gravement atteints.

Mais surtout l'objection principale est la crainte de l'infection ascendante par suppression du contrôle sphinctérien de la papille qu'aucune des modifications techniques proposées n'a réussi à empêcher. De plus l'angiocholite qui est constante et rapidement mortelle le plus souvent chez l'animal après les anastomoses de la voie biliaire principale fait hésiter à les pratiquer chez l'homme bien que les conditions soient tout différentes.

Cette crainte de l'infection ascendante fondée d'abord sur l'expérience clinique a redoublé lorsque l'on a constaté l'existence possible d'un reflux du contenu duodénal dans les voies biliaires à travers l'anastomose.

Hosemann le premier en 1923 constate, après repas baryté, le reflux de la substance opaque dans les voies biliaires, après cholédoco-duodénostomie. Son malade, atteint de cancer du pancréas, mourut 14 mois plus tard : à l'autopsie Aschoff ne constata ni abcès du foie, ni lésion d'angiocholite. Aussi Hosemann est-il resté partisan de l'anastomose : il ne redoute l'infection ascendante qu'après cholédoco-jéjunostomie.

Cette constatation radiologique faite à nouveau peu après, par Lenk et Guleke fait rejeter la cholédoco-duodénostomie par beaucoup en cas d'indication relative. (Guleke, Koenig, Schmieden, Gondermann, Lexer).

Alapy (1923) constatant également la possibilité de

reflux après dilatation de la papille considère le drain en T comme la meilleure méthode. Orth, de même, n'est pas favorable à l'anastomose.

Kappis et Fulde (1927) déclarent qu'en cas d'indication relative pour sténose « bénigne » et transitoire, le cours de la bile se rétablit par la voie normale et que l'anastomose ne sert plus alors que de « porte d'entrée à l'infection ».

Bakes (1929) ne reconnaît à la cholédoco-duodénostomie que trois indications absolues : les tumeurs malignes de la papille, les pancréatites chroniques avec ictère, la dilatation idiopathique du cholédoque. En cas de lithiasse il préconise la dilatation de la papille.

Heyrovsky (1929) n'est pas satisfait des résultats que lui a donnés la cholédoco-duodénostomie. Sur 25 cas, il a pu suivre 22 malades, il a eu 4 mauvais résultats avec troubles ultérieurs constants expliqués par du reflux. Dans 3 cas celui-ci ne pouvait être mis en évidence que lorsque l'on faisait coucher le malade sur le côté droit le siège légèrement surélevé. Il rejette la cholédoco-duodénostomie, mais par contre, conseille avec prudence la cholédoco-duodénostomie trans-duodénale.

Wildegans ne reconnaît à l'anastomose de la voie biliaire principale que des indications absolues, car dit-il, toute anastomose artificielle se rétrécira ou même s'oblitérera si la perméabilité de la voie naturelle se rétablit. Notons en passant que si cette éventualité se réalisait en pratique, la cholédoco-duodénostomie pourrait être une excellente opération en cas de lithiasse du cholédoque ou d'angiocholite, car elle réali-

serait ainsi un drainage interne temporaire et n'exposerait pas, comme elle le fait en réalité, le malade à subir pour le reste de ses jours les conséquences d'une intervention antiphysiologique, devenue depuis longtemps inutile.

Rost (1930) « ne peut s'imaginer que le reflux soit si peu nuisible comme on a l'air de le penser », c'est pourquoi il rejette la cholédoco-duodénostomie.

Enderlen (1931) recommande la cholécysto-gastrotomie chaque fois qu'elle est possible et lui reconnaît des indications analogues à celles que l'on admet en France.

★★

Nous voyons donc le très grand développement qu'ont pris en Allemagne les anastomoses de la voie biliaire principale et nous avons montré comment cette opération n'est plus cantonnée aux indications absolues (sténose irrémédiable, vésicule absente ou inutilisable). Il nous semble que cette extension des indications de la cholédoco-duodénostomie tient à deux raisons. La première vient de ce que la cholécysto-gastro ou duodénostomie n'a jamais pu s'implanter en Allemagne avec la même régularité qu'en France, et après Kehr, il est peu d'auteurs qui l'aient défendue et couramment pratiquée. Par contre, la cholécysto-jéjunostomie reste encore en honneur : pour beaucoup c'est l'opération courante d'anastomose vésiculaire. Or ses résultats sont assez souvent mauvais et une première extension de la cholédoco-duodénostomie s'est faite aux dépens des anastomoses vésiculaires : certains font l'anastomose de la voie biliaire principale

en cas de cancer du pancréas alors qu'une cholécystogastrostomie serait possible. C'est, pour la majorité des chirurgiens français, rechercher la difficulté et augmenter les risques d'infection ascendante.

Une seconde raison de cette diffusion, qui surprend, peut être donnée par l'histoire même des idées relatives à la cholédocotomie pour calculs; et quelques chirurgiens, nous l'avons vu, ont cru trouver dans la cholédoco-duodénostomie la solution du problème que poursuit également en opposition avec les idées de Kehr la chirurgie allemande : le problème de la suppression du drainage externe après cholédocotomie.

Successivement quatre méthodes ont été préconisées :

— la dilatation de la papille avec suture primitive du cholédoque (Hofmeister).

— l'incision de la papille par voie trans-duodénale.

— l'anastomose de segment terminal du cholédoque au duodénum par voie transduodénale : opération appelée également cholédoco-duodénostomie interne (Moskowiez).

— enfin, la cholédoco-duodénostomie externe.

La plupart des chirurgiens allemands font la suture primitive du cholédoque après dilatation de la papille, laissant cependant un drain au contact du cholédoque (bien que la cholédocotomie « idéale » ait été encore préconisée en 1929, par Doberauer). Les méthodes transduodénales sont abandonnées presque par tous en raison de leur difficulté, des dangers pancréatiques et des risques de fistule duodénale qu'elles peuvent entraîner.

Ayant eu l'occasion d'aider le Docteur Mallet-Guy pour la plupart des cholédoco-duodénostomies qu'il a exécutées dans le service du Professeur Santy, et, notre Maître commun ayant fait récemment trois de ces anastomoses, nous nous sommes intéressé à cette opération qui était nouvelle pour nous. Constatant les idées contradictoires qui règnent sur les indications et les résultats de cette opération, et devant le peu de documents concernant ses résultats éloignés M. Mallet-Guy nous a engagé à rechercher dans la littérature, les observations publiées pour essayer d'en dégager quelques conclusions. Cette question des résultats éloignés et des conséquences des anastomoses de la voie biliaire principale est actuellement à l'ordre du jour, en particulier, elle est au rapport au prochain Congrès de Chirurgie Français et à la Société Belge de Chirurgie, en 1939.

Nous avons décidé de limiter strictement notre sujet et nous n'aurons en vue que les anastomoses régulières et couramment pratiquées de la voie biliaire principale avec le tube digestif. Celles-ci comprennent :

— les anastomoses du cholédoque avec une portion quelconque du tube digestif :

Cholédoco-duodénostomie (C.D.S.);

Cholédoco-gastrostomie (C.G.S.);

Cholédoco-jéjunostomie (C.J.S.).

(Nous ne citerons que pour mémoire la cholédocolostomie, opération jamais pratiquée).

— les anastomoses de l'hépatique avec les mêmes organes :

Hépatico-duodénostomie (H.D.S.);

Hépatico-gastrostomie (H.G.S.);

Hépatico-jéjunostomie (H.J.S.).

Cette division stricte entre anastomoses de l'hépatique et du cholédoque si elle paraît satisfaisante et naturelle au point de vue purement anatomique n'existe pas en clinique avec la même rigueur. En effet, ces anastomoses sont rigoureusement identiques, quant à leurs techniques et aux organes que l'on met en communication. Et certains auteurs emploient indifféremment le terme de C.D.S. ou de H.D.S. pour désigner une anastomose de la voie biliaire principale sans s'occuper de la division imposée par le confluent cystique. Nous verrons par contre, que les H.D.S. correspondent le plus souvent à des anastomoses termino-latérales par implantation après section du canal biliaire en cas de sténose complète tandis que les C.D.S. sont en pratique des anastomoses latéro-latérales.

Nous éliminerons une opération exceptionnelle comme l'hépatocolangio-entérostomie : elle consiste à anastomoser les canaux biliaires intra-hépatiques avec une portion du tube digestif par l'intermédiaire d'une cavité creusée au thermocautère dans le parenchyme hépatique et à suturer les bords de cette brèche à une ouverture faite dans le viscère creux. Proposée par Baudoin en 1896 et par Langenbuch en 1897, elle fut réalisée la première fois par Czerny en 1898, puis par Kehr en 1904 qui en pratiqua neuf cas par la suite. C'est une opération sans valeur pratique, une véritable curiosité et parmi les quelque 25 cas pu-

bliés (Lejars, Maylard, Lameris, Alexandroff) on ne connaît que des morts rapides et une seule guérison, celle de Garre en 1905 et celui d'Anchütz en 1917. Du reste Enderlen et Zumstein avaient déjà montré expérimentalement en 1904 que cette opération était vouée à un échec certain à brève échéance.

Nous éliminerons également les implantations de fistules biliaires qui ne sont pas de véritables anastomoses.

Nous garderons par contre les anastomoses à distance sur prothèse caoutchoutée. Il s'agit bien ici d'une véritable anastomose mais celle-ci comporte un trajet intermédiaire artificiellement créé entre les deux viscères.

Nous n'avons pas cru devoir conserver la cystico-duodénostomie : opération que l'on peut considérer en quelque sorte comme l'intermédiaire entre les anastomoses vésiculaires et celles de la voie biliaire principale. Il faut cependant faire une distinction au sujet de cette intervention. Si l'anastomose est faite avec un canal cystique normal ayant conservé son trajet tortueux on ne peut dans ce cas assimiler une telle anastomose à une anastomose de voie biliaire principale ; si au contraire on réalise une anastomose à l'aide d'un moignon cystique dilaté communiquant largement avec l'hépatique, on crée à ce moment une véritable hépatico-duodénostomie, et c'est sous ce nom que nous avons fait entrer dans notre statistique quelques cas d'anastomose du moignon cystique dilaté après cholécystectomie.

Quelle place faut-il réserver à la cholédoco-duodé-

nostomie transduodénale appelée encore cholédoco-duodénostomie interne ? C'est une opération rarement pratiquée aujourd'hui, ce terme est souvent employé dans un sens assez vague : en effet, il semble que l'on comprenne dans ce mot une série d'opérations qui vont, à quelques variantes près, de la dilatation forcée de la papille proposée par Collins en 1898, à la véritable cholédoco-duodénostomie interne c'est-à-dire l'anastomose sus-papillaire entre la portion terminale du cholédoque et la paroi postérieure du duodénum en passant par la papillectomie (opération de Mac Burney) et les différentes plasties papillaires (cholédoco-duodénostomie transpapillaire, transduodénale de David). La véritable cholédoco-duodénostomie interne pratiquée la première fois par Kocher en 1894 est une véritable anastomose qui respecte la papille et qui consiste à anastomoser par voie transduodénale la paroi antérieure du cholédoque dans sa portion pancréatique avec la face postérieure de la 2^e portion du duodénum en suturant les deux muqueuses par quelques points. Elle nécessite donc une incision de la face antérieure du duodénum et c'est là un de ses gros inconvénients. Recommandée par Moskowicz, Piéri, elle est actuellement presque abandonnée. Nous n'en connaissons qu'un cas dans la littérature française : celui publié par Jourdan à la Société de Chirurgie de Marseille en 1920 avec un excellent résultat. Notre Maître, le Professeur Santy, a eu l'occasion de la pratiquer une fois, nous rapporterons cette observation comme un exemple de la méthode :

OBSERVATION

Homme de 66 ans : ictère chronique avec mauvais état général depuis deux mois, antécédents faisant soupçonner une lithiasie : crises douloureuses répétées, suivies de subictère, puis ictère définitif, peu foncé cependant.

Opération le 5 mai 1933 : gros foie de rétention biliaire, cholédoque énorme ne renfermant pas de calculs, tête du pancréas dure et bosselée avec gros ganglions néoplasiques au contact du pédicule hépatique. La vésicule n'est pas utilisable pour une anastomose. On fait une cholédoco-duodénostomie par voie transduodénale. Incision de la face antérieure de la première portion du duodénum au niveau où il est croisé par le cholédoque, par l'intérieur du duodénum, on a ainsi la muqueuse duodénale, puis la paroi musculaire postérieure et l'on arrive ainsi sur le cholédoque dont on incise la paroi antérieure. La bile s'écoule bientôt en abondance dans le duodénum. On fixe les deux muqueuses duodénale et cholédocienne par 4 points de catgut et on laisse à demeure un petit tube de caoutchouc. Fermeture de l'incision duodénale.

Suites : disparition rapide de l'ictère. Deux mois plus tard, grosse amélioration, les selles sont normalement colorées, pas d'ictère.

Pour les raisons que nous venons d'indiquer et vu le petit nombre des interventions pratiquées, nous éliminerons donc les cholédoco-duodénostomies internes.

★★

Le but de notre travail étant l'étude des résultats éloignés des anastomoses de la voie biliaire principale au point de vue fonctionnel, nous n'envisageons

pas les résultats thérapeutiques en tenant compte des différentes affections pour lesquelles ces anastomoses ont été pratiquées: Il est évident cependant que l'état du malade au moment de l'intervention, son degré de résistance, la durée de l'affection, l'infection, la valeur fonctionnelle du foie sont des facteurs qui conditionnent en partie les suites opératoires. Aussi, nous aurons particulièrement en vue les complications qui semblent inhérentes aux anastomoses elles-mêmes.

Cependant nous avons cru devoir éliminer de cette étude les quelques rares cas d'anastomose réalisée pour des malformations congénitales dans des conditions vraiment très différentes de ce que l'on observe habituellement. En ce qui concerne la dilatation congénitale du cholédoque (kyste idiopathique) nous renvoyons à l'importante revue générale de Sénèque et Tailhfer (*Journal de Chirurgie* 1929), à l'article d'Ugelli (*Il Policlinico* 1933) et à la communication récente de Tailhefer, Poulinquen, de la Marnière, à l'Académie de Chirurgie (1934).

Nous rappellerons simplement que sur les quelques deux cents cas de dilatation congénitale rapportés actuellement, il n'a été pratiqué que quelques anastomoses. Sur environ 35 C.D.S. on en connaît environ une dizaine suivies plus d'un an. Murata en 1935 ne signalait que 4 cas suivis plus de 5 ans (Murata, Ise-lin, Mac Worther, Hildebrand).

Ladd (*Ann. Surg.*, t. 102, 1935) a observé quelques cas d'atrésie congénitale des voies biliaires qu'il a pu traiter par anastomose avec quelques résultats satis-

faisants. Ces cas sont trop peu nombreux pour que nous en fassions mention.

Au cours de nos recherches bibliographiques nous avons retrouvé un nombre relativement considérable d'anastomoses de la voie biliaire principale : ce sont presque toutes des publications étrangères. Malheureusement un grand nombre de cas ne sont pas utilisables, il s'agit en effet soit de cas isolés, publiés comme des succès peu après l'opération et dont les suites ne dépassent pas en général quelques mois, soit de statistiques groupant des faits disparates sans détails. Pour que l'on puisse parler véritablement de suites éloignées, nous avons exigé, arbitrairement du reste, un certain nombre de conditions :

— un délai d'observation minimum de un an après l'intervention.

— de plus nous avons retenu les cas ayant présenté des accidents plus précoces et rattachables directement à l'anastomose.

— enfin, nous tiendrons compte des cas suivis moins d'un an mais chez lesquels des examens (réintervention, autopsie, épreuves fonctionnelles) ont pu renseigner sur l'état anatomique de l'anastomose et sur les conditions de son fonctionnement. Nous verrons ainsi l'importance des renseignements fournis par la radiographie et par le tubage duodénal.

Cette rigueur nous a fait éliminer un grand nombre d'observations comportant des faits trop récents ou des renseignements imprécis : nous avons cru devoir également citer à part les statistiques qui ne comportent pas la publication de faits précis, et nous n'avons

retenu que des faits interprétables qualitativement.

On ne peut que déplorer que les auteurs ayant la plus grande pratique de ces anastomoses se contentent de chiffres et de pourcentages sans apporter d'observations avec date et examens fonctionnels. C'est ainsi que la plupart des grosses statistiques ne comportent pas ou peu d'observations : les auteurs, après avoir énoncé quelques pétitions de principes donnent des analyses de faits qui sont incontrôlables (pour ne citer qu'un exemple, nous n'avons pu trouver une seule observation de Floercken).

En dehors des cas publiés dans la littérature, nous avons eu à notre disposition un grand nombre de documents inédits qui nous ont été confiés par M. Mallet-Guy et M. Soupault.

Ces documents leur ont été adressés pour la rédaction de leur rapport au prochain Congrès de Chirurgie : nous les remercions de nous les avoir obligeamment confiés.

Nous n'avons pu reproduire in-extenso les observations, aussi n'en trouvera-t-on que le résumé succinct, nous nous excusons par avance auprès des auteurs des erreurs qui ont pu se glisser dans ces courtes analyses qui ne reproduisent peut-être pas très fidèlement l'allure du cas rapporté.

CHAPITRE III

NECESSITE D'UNE CLASSIFICATION D'APRES LES CONDITIONS FONCTIONNELLES

En France, la presque unanimité des Chirurgiens est restée fidèle au drainage externe après cholédocotomie et Duval, lorsqu'il proposa le drainage transvatérien par tube perdu ne fut pas suivi. De même les plaidoyers successifs de Finsterer en langue française sont restés sans écho. Mallet-Guy, relatant en 1937 devant la Société de Chirurgie de Lyon ses impressions au cours d'un voyage d'étude en Autriche, exposa les idées et la technique de Finsterer : l'opinion générale fut traduite par le Professeur Villard qui prononça un sévère réquisitoire contre la cholédocoduodénostomie dans le lithiase du cholédoque, insistant sur ce fait « que par la suppression de la défense du sphincter d'Oddi elle expose à l'infection ascendante et que ce danger ne saurait être négligé ».

A cette date Mallet-Guy demandait que l'on distinguât quant à leur avenir fonctionnel, les anastomoses faites pour sténose cholédocienne et celles pratiquées à la Finsterer sur cholédoque perméable. Il a pu

compléter, en collaboration avec Kempf, cette notion théorique par des recherches expérimentales.

— En cas de sténose cholédocienne on voit après cholédoco-duodénostomie, au cours du transit duodénal, la pression monter progressivement dans les voies biliaires.

— Au contraire, lorsque la papille est perméable, la courbe ascensionnelle des pressions atteint un niveau peu élevé car elle est efficacement freinée par le jeu de l'écluse vatricienne qui assure une fuite constante et fait tomber la pression.

Passant à la pratique, Mallet-Guy a réalisé récemment 8 cholédoco-duodénostomies d'indications relatives qui ont permis de confirmer ces notions théoriques.

★★

Cette idée est à la base de notre travail, car nous nous sommes efforcé, après avoir rassemblé les observations utilisables, de les diviser suivant l'indication : cholédoque perméable ou imperméable. Il y aura donc deux grandes parties à notre travail :

— Etude des résultats éloignés dans les cas de sténose cholédocienne, passant successivement en revue les anastomoses médiales sur prothèse caoutchoutée et les anastomoses directes (hépatico et cholédoco-duodénostomie). Il est difficile de faire le départ entre ces deux interventions, le seul facteur important est de savoir si en aval de l'anastomose il existe ou non un cul-de-sac. Nous grouperons ainsi, après avoir étudié les prothèses médiales, les anastomoses directes faites pour sténose haut située de la voie princi-

pale (dont le type est l'hépatico-duodénostomie pour rétrécissement cicatriciel au niveau du confluent) et les anastomoses directes faites pour sténose basse du cholédoque (dont l'exemple le plus évident est la cholédoco-duodénostomie pour rétrécissement de l'ampoule de Vater).

— Etude des résultats éloignés des anastomoses d'indications relatives faites dans le cas d'un cholédoque perméable.

— Enfin, dans une troisième partie, nous passerons en revue les faits que nous avons pu retrouver, concernant les méthodes d'exclusion destinées à prévenir ou à traiter l'infection ascendante après ces anastomoses.

★★

Lorsqu'on essaie de se faire une idée des résultats éloignés des anastomoses directes de l'hépatocolédoque, on trouve de nombreux cas isolés dont la réunion en une statistique peut donner une idée fort imparfaite de la réalité ; tantôt ce sont des cas heureux, tantôt, si la discussion porte sur les complications de ces anastomoses, ce sont uniquement des échecs. D'une telle statistique en « mosaïque » nous verrons quel enseignement on peut retirer.

Au contraire, sont parfois publiées des statistiques appartenant à un seul chirurgien, mais trop souvent elles ne comportent aucun fait précis, hormis quelques exemples qui se retrouvent, toujours les mêmes, dans des publications successives. De telles statistiques globales sont très difficilement interprétables et elles n'ont au point de vue scientifique qu'une valeur

relative. Seule compte l'étude de faits précis, que chacun peut contrôler et interpréter et ceci est d'autant plus nécessaire dans la question que nous envisageons que, suivant l'indication et la technique, l'intervention entraîne des conditions fonctionnelles bien différentes, qui sont la clef des résultats éloignés. Nous voulons parler ici de statistiques publiées par les protagonistes les plus notoires et les plus bruyants de la cholédoco-duodénostomie.

— FLEORCKEN, qui est le successeur de Sasse, qui a suivi son enseignement et appliqué dans un grand nombre de cas les indications élargies que celui-ci avait posées de la C.D.S., dans la lithiase cholédocienne notamment, a publié une série de travaux qui peuvent se résumer de la façon suivante :

70 cas : avec 57 résultats excellents, 12 douteux et seulement un mauvais.

— ALESSANDRI, sur une statistique de 55 cas, relève : 7 morts, 7 malades perdus de vue, 41 cas suivis avec guérison complète dans 68 % des cas, 83 % de grandes améliorations, 17 % de mauvais résultats.

— DZIEMBOWSKI : 19 cas : 3 morts post-opératoires. Résultats éloignés excellents.

Un autre élève de Sasse, JURACZ (Poznan) a continué également la tradition de Francfort, il a publié une série de faits dont voici le résumé succinct.

— 21 cas en 1921.

— 33 cas avec une seule mort post-opératoire en 1923.

68 cas en 1939 : mortalité opératoire 8,8 % ; résultats éloignés excellents.

De son côté, FINSTERER a adopté cette méthode depuis 1916 et chaque année il en fait le panégyrique et se base sur une statistique sans cesse accrue.

- En 1926 : 20 cas pour lithiasé du cholédoque avec une seule mort post-opératoire.
- En 1929 : 41 cas, avec une mortalité de 4,8 %.
- En 1932 : 56 cas dont 32 pour angiocholite suppurée : 2 morts. Résultats éloignés excellents.
- En 1935 : 70 cas : Sur 42 cas suivis : 37 avec guérison parfaite, 3 améliorations, 2 mauvais cas. Bons résultats dans 95 % des cas.
- En 1938 : 95 cas avec 8 morts. A revu 52 cas, 43 opérés vont parfaitement depuis 3 à 16 ans. Guérison complète dans 82 % des cas.

Sans vouloir mettre en doute la valeur des résultats rapportés par ces chirurgiens, il est très difficile d'utiliser leurs travaux : ils ne donnent que des statistiques globales, sans observations ou presque, sans faits précis. On est donc obligé d'accepter à l'avance l'interprétation des faits qu'ils proposent. Mais ces statistiques sont grevées avant tout d'un défaut majeur. c'est qu'elles réunissent des faits différents.

Au cours d'un voyage d'étude, M. Mallet-Guy ayant vu personnellement plusieurs chirurgiens, n'a pu obtenir d'eux les documents précis qu'il aurait souhaités. Par contre à Giessen, Bernhard lui a ouvert largement ses dossiers, les lui a confiés et s'est efforcé depuis de retrouver ses malades : tout récemment il nous a adressé les résultats de son enquête. L'intérêt exceptionnel présenté par ce groupe d'observations, qui représentent le « matériel » de la clinique de Giessen

et correspondent à la pratique des chirurgiens qui s'y sont succédé depuis 33 ans, est dû à son homogénéité. C'est d'ailleurs la coutume en Allemagne de conserver les cas opérés par ses prédécesseurs, et c'est ainsi que dans les statistiques de Floercken entrent de cas de Sasse.

Nous avons cru utile de garder le groupement naturel des documents de Giessen. Cet ensemble de faits donne une idée certainement très juste de ce que sont les résultats éloignés des anastomoses de la voie principale : nous commencerons donc par leur relation, nous efforçant de les grouper selon leurs modalités fonctionnelles.

CHAPITRE IV

EXEMPLE D'UNE DOCUMENTATION HOMOGENE. OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE DE GIESSEN

Les documents, en partie inédits, qui ont été très obligeamment confiés au Docteur Mallet-Guy par le Professeur Bernhard, de la Clinique de Giessen, comprennent 91 observations d'anastomoses de la voie biliaire principale. Nous pouvons faire état ici de 62 de ces observations comportant des suites éloignées ou des examens fonctionnels.

Pour suivre le plan que nous nous sommes tracé, nous étudierons à part les anastomoses faites pour des indications absolues et les anastomoses d'indication relative.

I. — ANASTOMOSE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE D'INDICATION ABSOLUE (STENOSE COMPLETE)

A. — Anastomoses médiates

Aucune observation.

B. — Anastomoses directes pour oblitération haute du cholédoque

4 cas.

1° Nous rapporterons d'abord un cas d'H.D.S. pour cancer étendu du cholédoque ayant vécu un an avec autopsie consécutive. Malgré que l'on ait constaté un magnifique reflux à plusieurs reprises dans des voies biliaires très dilatées, on n'a trouvé aucune trace d'angiocholite.

OBS. 1. — BERNHARD, 1939.

Joh... H., 63 ans : ictère sévère.

Opération le 25 novembre 1937 : cancer étendu à tout le cholédoque. H. D. S.

Suites : Guérison rapide.

Radio le 15 décembre 1937 : Reflux très important avec remplissage complet des voies biliaires donnant une « image magnifique ». Le 20 janvier 1938 : nouvelle radio : il semble que les voies biliaires sont moins dilatées et que la stase ait diminué. Quatre mois plus tard, il n'y a presque plus que de l'air avec très peu de baryte (6 août 1938). Cette diminution de calibre est interprétée comme un bon symptôme fonctionnel.

Suites d'un an environ. Revient le 23 novembre 1938 avec de l'ictère. Radio : pas de reflux, pas d'air. Signes d'occlusion de l'anastomose. Décès peu après.

Autopsie : cancer étendu du cholédoque, pas de signes d'angiocholite.

2° Voici un résultat éloigné parfait après C. D. S. pour sténose de l'ampoule de Vater :

OBS. 2. — BERNHARD.

Auguste Ww..., h., 51 ans : déjà cholédotomie. Récidive de douleurs irradiées dans le dos, ictère.

Opération le 22 novembre 1910 : Vésicule oblitérée, pancréas épaissi, portion terminale du cholédoque (siège d'un drainage) *oblitérée*. Anastomose de la partie supérieure du cholédoque avec le duodénum.

Suites : excellentes (Com. personnelle, 1939).

On peut opposer à cet excellent résultat :

3° *deux résultats mauvais* avec mort tardive 6 ans et 18 ans après; mais où il est difficile de dire si la cause de la mort est en rapport avec l'anastomose : on peut cependant soupçonner l'angiocholite dans les deux cas.

OBS. 3. — BERNHARD.

Marie Kni..., f. 45 ans : cholécystectomie il y a deux ans. Fistule interne. Fistule externe persistante. Grosse anémie, matières blanches.

Opération le 27 février 1907 : le cholédoque était inclus dans du tissu cicatriciel. Anastomose du cholédoque au duodénum.

Suites : Mort 6 ans plus tard : pour finir avait toujours été malade : possibilité de mort par angiocholite.

OBS. 4. — BERNHARD.

Dorothea Vör..., f. 47 ans : avait eu auparavant une crise de nécrose pancréatique. Cholécystectomie en mai 1911 (n'avait pas d'ictère, mais seulement des douleurs). De nouveau, crises typiques 3 mois après.

Opération le 11 décembre 1912 : Cholédoque enfoui dans une cicatrice, non dilaté, ne contenant pas de calculs. Sténose cholédocienne. Anastomose du cystique et du cholédoque avec le duodénum.

Suites : Plus tard, de nouveau, crises avec fièvre et ictère. Gros amaigrissement. Relaparotomie en 1925 sans résultat. Mort de néphrite en 1930 (18 ans).

C. — Anastomoses directes pour oblitération basse du cholédoque

Dans cette catégorie nous trouverons successivement :

1° *Un document d'autopsie.* Dans un cas de cancer du pancréas ayant vécu 3 mois, on a constaté du reflux sans traduction clinique. A l'autopsie il n'existait pas de signes d'angiocholite ni d'hépatite.

OBS. 5. — BERNHARD.

Marie Schü... F. 65 ans : Ictère depuis 6 semaines. Douleur sous-hépatique depuis de nombreuses années.

Opération le 26 octobre 1938 : Ectomie : mucocèle lithiasique. Tuméfaction de la tête du pancréas. Occlusion du cholédoque. C. D. S. sur tube.

Suites : Très simples, sort le 26 novembre 1938, 3 mois.

Radio le 24 novembre 1938 : air dans les voies biliaires. Tube en place.

Le 10 janvier 1939 : remplissage par le baryte. Le tube s'est éliminé. Etat parfait, pas de troubles.

Mort le 21 janvier 1939 d'endocardite. Pas de lésion d'angiocholite à l'examen du foie. On croit qu'il s'agit d'une pancréatite chronique : à l'histologie : cancer.

2° *Sept résultats éloignés excellents.*

OBS. 6. — BERNHARD.

Auguste Bag... H. 53 ans : Après cholécystectomie, de nouveau crises avec ictère.

Opération le 5 mai 1910 : le cholédoque est dilaté, entouré d'adhérences, 4 calculs dans la papille qui est infranchissable. Anastomose avec le duodénum.

Suites : excellentes (Com. pers., 1939).

OBS. 7. — BERNHARD.

Thusnelda Jun... F. 57 ans : Depuis 38 ans, signes lithiasiques : ictère et crises sévères.

Opération le 11 août 1913 : Vésicule dilatée, ectomie, cholédoque dilaté, ablation d'un calcul. Le sondage de la papille est impossible. Anastomose avec le duodénum.

Suites : parfaites en 1931 (18 ans).,

OBS. 8. — BERNHARD.

S. Kle... H. 38 ans : Avait été opéré le 22 septembre 1913 d'une cholédocotomie et ectomie, cholécystite subaiguë, ablation de 4 calculs dans le cholédoque, drainage. Fistule cholédocienne.

Opération le 12 novembre 1913 : Cholédoque très rétréci par ulcère de décubitus ou pancréatite. Agrandissement de la fistule cholédocienne et anastomose avec le duodénum. Pas de calcul du cholédoque.

Suites : Resté guéri (Com. pers. 1939).

OBS. 9. — BERNHARD.

Karl Sch... H. 37 ans : Depuis 3 ans, crises sans ictère.

Opération le 11 mars 1914 : vésicule ratatinée, ectomie,

pas de calcul. Tête du pancréas augmentée, papille imperméable, cholédoque dilaté sans calcul. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Vit toujours, sans autre trouble qu'une attaque d'apoplexie. (Com. pers. : mai 1939).

OBS. 10. — BERNHARD.

August Bau... H. 57 ans : fistule biliaire après cholécystostomie.

Opération le 17 juin 1937 : vésicule très dilatée et épaissie, 3 calculs gros comme un pois, cholédoque dilaté, boue biliaire, ectomie et anastomose.

Suites : Opéré d'éventration en 1938. Aucun trouble fonctionnel.

Radio : air dans les canaux, pas de reflux baryté, cul-de-sac rétro-duodéal ou diverticule duodéal.

OBS. 11. — BERNHARD.

Marie Gün... F., 49 ans : Depuis 23 ans, après un premier enfant, coliques hépatiques. Dernières douleurs en janvier 1935, suivies d'ictères. Le 30 avril 1936 : ectomie et cholédocotomie, pas de calculs dans le cholédoque. Quatorze jours après l'opération, coliques douloureuses, ictère, douleurs à la pression sur la cicatrice.

Opération le 25 juillet 1936 : Cholédocoduodénostomie. Douleurs dans les premiers mois.

Suites (24 juin 1938) : Pas de troubles. *Radio* : pas d'air, quelques traces de baryte et alors un peu d'air.
2 ans.

OBS. 12. — BERNHARD.

Régina Sch... F., 50 ans : Depuis 2 semaines douleurs dans la moitié supérieure et gauche de l'abdomen, ictère. Foie augmenté de volume.

Opération le 14 juin 1938 : Cholédoque gros comme un pouce, papille sténosée, tête du pancréas augmentée ; cancer, le plus vraisemblablement pancréatique. La vésicule contient quelques calculs. Ectomie partielle. Anastomose. C. D. S.

Radio : perméabilité de l'anastomose pour la baryte.

Suites : Rien à signaler (Com. pers. : mai 1939).

3^e *Cinq résultats imparfaits* avec troubles variés, crises douloureuses, troubles dyspeptiques. Chez deux de ces malades on a constaté du reflux.

OBS. 13. — BERNHARD.

Ida Ebe... F. 42 ans : Avait souffert pendant 21 ans de crises cholécystiques. En 1907, stomies. En 1909, ectomie. Après quoi nouvelles crises sans ictère.

Opération le 19 janvier 1910 : Très nombreux calculs, cholédoque dilaté, papille imperméable. Anastomose avec le duodénum.

Suites : En 1917, de nouveau, crises sévères, plus tard plus légères, avec ictère et fièvre. Depuis 6 ans absence de troubles.

OBS. 14. — BERNHARD.

Peter Küh... H. 25 ans : Depuis un an, crises lithiasiques. Depuis 3 mois, ictère.

Opération le 11 mars 1913 : Vésicule enflammée, cholédoque gros comme un bras d'enfant, papille infranchissable. Anastomose du cholédoque avec le duodénum, pas de calculs, cholécystectomie.

Suites : Après l'opération, trois ans plus tard, quelques crises. En 1918, relaparotomie pour cause inconnue. Mort par éviscération.

OBS. 15. — BERNHARD.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1934, fig. 2.)

Katarine Wel... F. 45 ans : Depuis 5 ans, crises lithiasiques. Le 3 juin 1913 : ectomie et cholédocotomie. Calculs du cholédoque, rétrécissement du cholédoque. Trois semaines après, de nouveau, coliques violentes sans ictère.

Opération le 3 août 1913 : une petite fistule conduit dans le cholédoque. Après dilatation, ablation d'un calcul gros comme un pois. Papille non franchissable. C. D. S.

Suites : Fréquentes douleurs, mais sans ictère.

Radio le 11 décembre 1931 (18 ans après) : reflux, de plus la papille est franchissable.

OBS. 16. — BERNHARD.

Phillip Sto... H. 38 ans : Depuis un an, crises. Depuis quelques semaines, ictère.

Opération le 18 novembre 1918 : Vésicule enflammée lithiasique. Ectomie. Cholédoque dilaté contenant deux petits calculs. Cathétérisme impossible (tumeur, inflammation ou calcul enclavé). Anastomose avec le duodénum.

Suites : De temps en temps, coliques avec subictère.

Revu en 1934. Crises douloureuses sans ictère (16 ans). Avec troubles dyspeptiques.

OBS. 17. — BERNHARD.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1934, fig. 7.)

Berta Kre... F. 50 ans : Cholédocotomie le 5 janvier 1931. Immédiatement après, nouvelle crise douloureuse : ictère depuis 14 semaines.

Opération le 5 janvier 1931 : Tête du pancréas aug-

mentée de volume. Cholédoque dilaté. Papille non perméable. C. D. S.

Suites. Radic (le 29 juin 1933) : Reflux immédiat, mais le remplissage est surtout évident au bout de deux heures. A ce moment, injection des petits canaux, qui persiste 5 heures après. Huit heures après le début de l'examen, persistance de l'image du cul-de-sac cholédocien et traces de baryte dans les voies biliaires.

Deux ans et demi : Troubles digestifs après repas gras; mauvaise digestion des graisses.

4° *Un résultat mauvais : angiocholite tardive* avec accès fréquents, coïncidant du reflux et une dilatation importante des voies biliaires.

OBS. 18. — BERNARD.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1934, fig. 5.)

Margaret Eme... F. 40 ans : ectomie en janvier 1910 pour lithiase. Récidive douloureuse avec fièvre et ictère.

Opération le 23 juillet 1914 : Région cholédocienne très enflammée Induration légère de la tête du pancréas. Cholédoque un peu dilaté sans calcul. Sténose de la papille. C. D. S.

Suites (20 ans). Crises d'angiocholite sévères avec ictère et température survenant fréquemment. En particulier, crise sévère de dix jours en juillet 1933.

Radio le 11 décembre 1931 : Reflux grosse dilatation des voies biliaires, anastomose large.

La malade subictérique amaigrie avec frissons et température élevée, ne peut travailler.

5° *Deux morts, éloignées.* Chez un des malades opéré en 1906, apparurent des accès d'angiocholite en

1921, qui conduisirent à une nouvelle intervention en 1923 : il existait des calculs dans le cholédoque. Mais on ne peut dire que, des calculs ou de l'angiocholite, a été la cause initiale. En tout cas il ne s'agit certainement pas d'un rétrécissement de la bouche anastomotique.

OBS. 19. — BERNHARD.

Berta von Pas... F. 40 ans : Fistule biliaire persistante après une cholécystectomie pratiquée l'année précédente.

Opération le 3 octobre 1906 : Tête du pancréas indurée. Recherche du moignon cystique. Anastomose du cystique au duodénum. Pas de calcul.

Suites : Depuis 1921, accès d'angiocholite. Réintervention le 23 juillet 1923 : calculs dans le cholédoque.

Mort d'angiocholite le 9 août 1923.

OBS. 20. — BERNHARD.

Christian Bec... H. 55 ans : Coliques depuis un an. Après une dernière crise, resté jaune depuis 14 jours.

Opération le 24 mai 1923 : Voies biliaires très dilatées, sans calcul. Cholécystectomie. Papille infranchissable. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Mort le 1^{er} février 1924. Fièvre, pas d'ictère, violentes douleurs.

II. — ANASTOMOSE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE POUR STENOSE INCOMPLETE

Lorsque nous avons voulu classer de façon précise les documents appartenant à Bernhard, nous avons

rencontré quelques difficultés pour caractériser certains d'entre eux : il ne s'agissait pas d'une sténose complète des voies biliaires, mais il était impossible cependant de ranger de façon certaine ces observations dans le cadre des C.D.S. d'indication relative, la perméabilité de l'ampoule n'étant pas précisée ou étant donnée comme très imparfaite. Il s'agit dans tous ces cas de C.D.S. laissant un cul-desac au-dessous de l'anastomose.

Nous trouvons dans cette catégorie particulière :

1° *Dix résultats parfaits.*

OBS. 21. — BERNHARD.

Christine Vog... F. 59 ans : Cholécystectomie le 25 février 1913. Récidives douloureuses de suite après l'opération, sans ictère.

Opération le 9 mars 1914 : Cholédoque gros comme deux doigts sans épaississement de la paroi, induration comme une noix de la tête du pancréas, pas de calcul. Anastomose avec le duodénum.

Suites restées parfaites. Décès plusieurs années après, de cause inconnue qu'on ne peut rattacher à l'opération semble-t-il.

OBS. 22. — BERNHARD.

Magdalen Sch... F. 37 ans : Avait été opéré le 7 avril 1906 d'une cholédocotomie ; ablation de 6 calculs, après quoi, de nouveau, crises fébriles, ictère depuis trois semaines.

Opération le 19 novembre 1908 : Pancréas induré, pas de calculs dans le cholédoque. Cholédocoduodénostomie.

Suites excellentes (Com. pers. : 1939).

OBS. 23. — BERNHARD.

Frau Her... F. 27 ans : Il y a un an, cholécystectomie et cholédocotomie et depuis 14 jours: ictère, les crises ayant récidivé six mois après l'opération.

Opération le 5 novembre 1909 : Cholédoque rétréci par induration du pancréas. Pas de calcul. Anastomose avec le duodénum.

Suites restées parfaites (Com. pers. : 1939).

OBS. 24. — BERNHARD.

Elise Kum... F. 58 ans : Depuis 3 mois, ictère sérieux.

Opération le 31 octobre 1913 : La vésicule contient des calculs, sa paroi est ulcérée. Cholécystectomie. Le pancréas est induré de façon diffuse. Anastomose du cholédoque, sans calcul, avec le duodénum.

Suites : Mort en 1920 de grippe, sans autres crises. Les renseignements recueillis auprès de la famille ne signalent pas de troubles marqués : dyspepsie, constipation, pas d'ictère.

OBS. 25. — BERNHARD.

Margaret Wei... F. 44 ans : Ectomie préalable pour empyème vésiculaire. Depuis cinq semaines, nouvelles crises, ictère.

Opération le 24 mai 1917 : Induration du pancréas, papille difficilement perméable, cholédoque sans calcul, un peu dilaté. Anastomose avec le duodénum.

Suites excellentes (Com. pers. mai 1939).

OBS. 26. — BERNHARD.

Louis W... H. 46 ans : Coliques depuis un an. Ictère depuis 2 jours.

Opération le 30 septembre 1918 : Cholécystite aiguë sans calcul. Ectomie. Cholédoque dilaté, bile trouble, pas de calcul. Anastomose avec le duodénum. Cathétérisme difficile. Tête du pancréas indurée.

Suites parfaites, sauf quelques troubles dyspeptiques (Com. pers. 1939).

OBS. 27. — BERNHARD.

Elisabeth Bep... F. 39 ans : Coliques depuis 5 ans. Ictère depuis 8 jours après une crise.

Opération le 12 juillet 1923 : La vésicule est enflammée contient un gros calcul et de nombreux petits, ectomie. Cholédoque dilaté, sans calculs, papille rétrécie dans induration pancréatique. Cholédoduodénostomie.

Suites : Pas de troubles (Com. pers. : Mai 1939).

OBS. 28. — BERNHARD.

Metz. Heinrich. 60 ans : Il y a six mois ictère pendant 10 jours, ayant récidivé plusieurs fois.

Opération, 6 novembre 1934 : Ganglions d'apparence néoplasique. Calculs vésiculaires. C. D. S. Compression ganglionnaire.

Suites. Revu le 25 juin 1939 : Etat parfait (Com. pers. : 1939).

OBS. 29. — BERNHARD.

Karl. Hor... H. 65 ans : Coliques douloureuses dans la région hépatique, depuis quelques jours, ictère ; douleur à la pression.

Opération le 4 juillet 1935 : Voies biliaires très dilatées, nombreux calculs dans la vésicule, papille difficilement perméable. Anastomose et ectomie.

Suites : Pas de troubles. *Radio* : Un peu d'air dans les voies biliaires après 30 minutes, assez bon reflux baryté (24 juin 1937). *Deux ans*. Nouvelle radio (25 juin 1939). Revu à cette date en parfait état.

OBS. 30. — BERNHARD.

Anna Kre... F. 48 ans : Depuis 6 mois, douleurs toujours plus violentes, foie augmenté, pas de douleurs à la pression.

Opération le 21 août 1936 : Cholédoque très dilaté. Ectomie (vésicule ratatinée). Anastomose.

Suites : Rien à signaler (Com. pers. : Mai 1939).

2° *Six résultats imparfaits.*

OBS. 31. — BERNHARD.

Luise Ben... F. 31 ans : Ectomie pour lithiasse le 14 février 1912. Récidive dix semaines après, quelques douleurs sans ictère.

Opération le 6 mai 1913 : Induration dans le pancréas comme une noix et dans la région de la papille. Le cholédoque est enfoui, comme dans une cicatrice. Pas de calcul. Cholédoque non dilaté. Anastomose avec le duodénum.

Suites : De nouveau, crises occasionnellement avec fièvre et rarement avec ictère. (Com. pers. : Mai 1939).

OBS. 32. — BERNHARD.

Marie Web... F. 43 ans : Cholécystectomie le 18 décembre 1913. Fréquentes crises avec ictère récidivant.

Opération le 12 août 1914 : Pancréas très induré, ligament hépato-duodénal enflammé, cholédoque un peu

dilaté, parois un peu épaissies. Ablation d'un calcul comme une cerise. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Une crise douloureuse (Com. pers : Mai 1939).

OBS. 33. — BERNHARD.

Marie Phi... F. 44 ans : En 1914, ectomie. De suite après, fortes crises, pas d'ictère.

Opération le 2 novembre 1923 : Cholédoque élargi sans calcul, parois épaissies, pancréas induré en masse. Sténose de la papille. Cholédoduodénostomie.

Suites : Excellentes sauf une crise.

Revue en 1932 : Etat excellent.

OBS. 34. — BERNHARD

(*Archiv. f. Klin. Chir.* 1934, fig. 9.)

Heinrich Kur... H. 58 ans : Syndrome lithiasique ancien. Ictère depuis deux semaines.

Opération le 27 juin 1932 : Vésicule ratatinée. Pancréas doublé de volume. Enorme cholédoque dilaté sans calcul. Bile blanche. C. D. S.

Suites : Guérison sans troubles.

Radio le 20 octobre 1932 : Etat parfait, léger reflux.

Radio le 22 juin 1933 : 6 mois après l'opération, douleurs de l'hypocondre droit sans fièvre ni ictère. L'amélioration post-opération disparaît vite. Reflux, au bout d'une demi-heure. Six heures après, les canaux sont partiellement vidés, mais il reste des traces de baryte. Le segment exclu du cholédoque n'est pas encore rempli. 24 heures après, il reste encore des traces de baryte. *La papille paraît fonctionner.*

OBS. 35. — BERNHARD.

Elsa Kun... F. 32 ans : Premières crises en 1931, puis absence de troubles jusqu'en 1934, après la naissance

d'un deuxième enfant. Alors douleurs dans la région sous-hépatique, ictère depuis mai 1935.

Opération le 9 mai 1935 : Cholédoque très dilaté, pas de calculs, mais concrétions biliaires noires très nombreuses. Ectomie, anastomose.

Suites : Absence de troubles pendant un an, puis violentes douleurs après les repas qui se voient encore de temps en temps (examen du 22 juin 1938). *Radio*: ni air ni reflux, la question se pose de savoir si l'anastomose fonctionne toujours (22 juin 1938).

Trois ans.

- OBS. 36. — BERNHARD.

Karl Pau... H. 53 ans : Depuis 10 ans douleurs, coliques toujours plus fortes. Il y a 10 jours, empyème aigu, résolution.

Opération le 6 juillet 1937 : Ectomie, boue et calculs dans les voies biliaires. Anastomose.

Suites : Pas de troubles jusqu'en 1938. Coliques à la suite d'un traitement par des cholagoques.

3° *Quatre résultats mauvais.*

OBS. 37. — BERNHARD.

Emil Wol... H. 34 ans : Depuis 10 ans, coliques. Le 20 septembre 1906 : ectomie, après quoi nouvelles crises sans ictère.

Opération le 12 juillet 1910 : Le moignon cystique se laisse préparer et peut être anastomosé avec le duodénum. Pas de calcul.

Suites : Mort en 1924 par iléus, avait eu de nouveau des crises avec ictère et des troubles dyspeptiques importants.

OBS. 38. — BERNHARD.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1934, fig. 6.)

Karoline Eli... F. 46 ans : Coliques depuis 10 ans, ictère depuis 14 jours.

Opération le 14 février 1918 : Vésicule enflammée, calculeuse ; ectomie. Cholédoque très dilaté contenant des calculs. Pancréas induré, papille difficilement franchissable pour une sonde fine. C. D. S.

Suites (16 ans). Fréquentes crises d'angiocholite typique. En 1931, séjour de trois semaines pour crise sévère d'angiocholite avec température et ictère. Radio le 11 janvier 1932 : Reflux, très grosse dilatation des canaux avec remplissage des petites branches intra-hépatiques.

OBS. 39. — BERNHARD.

Wilhelmine Löw. F. 38 ans : Ectomie en juillet 1921. Depuis 4 ans, de nouveau des troubles. Crise il y a dix jours avec ictère.

Opération le 26 juin 1932 : Cholédoque dilaté sans calcul. Tête du pancréas augmentée, sténosant le cholédoque. Cholédoco-duodénostomie.

Suites. En février 1933 : Une crise d'angiocholite sévère avec température et ictère, forçant la malade à s'aliter. Revue le 30 juin 1933 : douleurs fréquentes empêchant le travail du ménage.

Les crises douloureuses ont persisté pendant les deux premières années après l'opération. En mai 1938, nouvelle crise d'angiocholite avec frisson, température et ictère. Troubles dyspeptiques persistants : constipation opiniâtre. (Com. pers. : Mai 1939).

OBS. 40. — BERNHARD.

Semla Wei... F. 39 ans : En 1925, ectomie. Récidives douloureuses qui sont soulagées par le tubage duodéal. Assez vives douleurs à la pression.

Opération le 27 mai 1937 : Cholodoque dilaté, tête du pancréas un peu dure, boue dans le cholédoque. Anastomose.

Suites (29 juin 1938) : Nouvelles crises dans la région sous-hépatique sans réapparition d'ictère. Chaque semaine, tubage duodéal non digestion des graisses. Souvent frissons et fièvre, nouvelles crises et selles décolorées.

Radio : ni air ni baryte, ce qui permet de conclure que l'anastomose ne fonctionne pas et que la raison des récives est l'occlusion de l'anastomose (29 juin 1938). Un an.

4° *Trois morts éloignées par angiocholite.*

OBS. 41. — BERNHARD.

Elisabeth Fin... F. 43 ans : Une cholécystectomie avait été faite le 6 août 1913 pour empyème vésiculaire. Fistule biliaire avec crises douloureuses et fièvre.

Opération le 6 novembre 1913 : Grosse induration de la paroi du cholédoque, dilaté, libre de calcul. La papille est seulement perméable à la sonde. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Après l'opération, de suite, nouvelles crises avec fièvre et frissons, subictère persistant. ,

Mort en 1930 (angiocholite ?).

OBS. 42. — BERNHARD.

Katharine Sch... F., 48 ans : Coliques depuis 4 à 5 ans, une avec ictère. Subictère.

Opération le 9 mai 1914 : Vésicule très enflammée contenant 3 calculs. Ectomie. Tête du pancréas grosse comme une noix, cholédoque sans calcul papille rétrécie. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Après l'opération nouvelles crises avec ictère, fièvre : « angiocholite typique ». Décès le 20 avril 1920. Ictérique. L'ictère serait réapparu trois semaines après l'opération et n'aurait jamais cessé.

OBS. 43. — BERNHARD.

Johanna Hal... F. 48 ans : Ectomie en 1919. Le 4 octobre 1921 : hépaticus-drainage pour angiocholite récidivante, ablation de calculs. Fistule biliaire.

Opération le 27 janvier 1922 : Papille perméable, cholédoque rétréci par cicatrice et coudure, pas de calculs. Cholédoduodénostomie.

Suites en 1930 : Mort d'angiocholite avec fièvre et ictère, souvent était resté subictérique pendant des mois. Très fréquentes crises douloureuses.

III. — ANASTOMOSE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE D'INDICATION RELATIVE

Sur 19 cas, nous trouvons dans ce groupe :

1° *Un document d'autopsie* chez un sujet mort d'hémorragie ulcéreuse 16 ans après l'opération. Le foie était normal à l'examen histologique. On peut donc considérer ce cas comme excellent.

2° *Dix résultats parfaits.*

OBS. 44. — BERNHARD.

Wihlelm Kle... H. 38 ans : Depuis 3 ans, coliques très souvent avec ictère. Ictère léger. ,

Opération le 30 décembre 1913 : Vésicule ratatinée, pancréas induré, cholédoque très dilaté, bile sous pression, papille perméable seulement à la sonde. La vésicule contient 5 calculs et le cholédoque est libre. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Mort en 1929 d'hémorragie gastrique ulcéreuse. N'avait présenté que des troubles gastriques. Examen microscopique du foie : normal.

OBS. 45. — BERNHARD.

Katharine Bel... F. 59 ans. Le 27 novembre 1908, cholédocotomie et ectomie. Depuis 4 semaines, ictère.

Opération le 14 juin 1926 : Cholédoque dilaté comprimé par du tissu cicatriciel, libération. Tête du pancréas indurée, papille perméable seulement à la sonde, pas de calcul. Anastomose avec le duodénum pour sténose cholédocienne.

Suites : Excellentes à part des signes gastriques.

Décès en mars 1939 de cause inconnue : Les renseignements fournis par la famille ne signalent aucun trouble pouvant être rapporté à l'opération.

OBS. 46. — BERNHARD.

Minna Hop... F. 25 ans : Ectomie et cholédocotomie antérieures. Ablation de quelques calculs. Bile blanche. Fistule biliaire.

Opération le 7 février 1917 : Préparation du moignon

cystique qui est élargi et anastomosé avec le duodénum. Cholédoque dilaté, sans calcul. Papille perméable seulement à la sonde mince.

Suites excellentes. Revue en 1932, aucun trouble depuis l'opération. Quinze ans.

OBS. 47. — BERNHARD.

Anna Sei... F. 33 ans : Il y a deux ans, ectomie pour empyème, sans calcul. Récidives douloureuses, ictère depuis six semaines.

Opération le 16 juillet 1920 : Pancréas tuméfié dans son ensemble, cholédoque pris dans une cicatrice un peu dilaté, sans calcul, passage libre. Anastomose du cystique et du cholédoque avec le duodénum.

Suites restées excellentes. *Radio* : *voies biliaires remplies*. (Com. pers. : janvier 1939).

OBS. 48. — BERNHARD.

Auguste Wei... H. 40 ans : Depuis 18 ans, coliques.

Opération le 15 février 1926 : Vésicule augmentée contenant de nombreux calculs, enflammée. Cholédoque dilaté, contenant un calcul. Papille perméable seulement à la sonde. Tête du pancréas indurée. Ectomie, cholédoduodénostomie.

Suites simples. *Radio* : pas de remplissage des canaux. Pas de suites cliniques éloignées.

OBS. 49. — BERNHARD.

Cécilie Ruc... F. 32 ans : Ectomie en 1921. Récidives de coliques en particulier, violentes douleurs en 1932. Depuis décembre 1933 : ictère, à la suite de crises particu-

lièrement violentes. Tumeur perceptible dans la moitié droite et supérieure de l'abdomen.

Opération le 17 février 1934 : Tumeur grosse comme une pomme dans la tête du pancréas. Calcul gros comme une cerise dans le cholédoque dilaté. Passage libre. Cholédoduodénostomie pour pancréatite chronique.

Suites : Rien à signaler (Com. pers. : mai 1939).

OBS. 50. — BERNHARD.

Adolf San... H. 52 ans : première cholédocotomie le 20 septembre 1929 cholédoque et branches de l'hépatique distendus, bile blanche, calcul dans la papille, refoulé dans l'intestin ; papille large. Après un mois, violentes douleurs, léger ictère, fièvre. Deuxième cholédocotomie le 19 décembre 1929 : un calcul isolé est enlevé. Deux ans plus tard, coliques douloureuses qui deviennent plus violentes. Léger ictère des conjonctives, douleurs à la pression.

Opération le 14 août 1936 : Cholodoque enfoui dans les adhérences, abondante boue biliaire et 4 calculs. Anastomose.

Suites : Pas de troubles fonctionnels (Com. pers. : Mai 1939).

OBS. 51. — BERNHARD.

Elise Dei... F. 57 ans : La première crise il y a 6 ans. Depuis 14 jours, violentes crises et vomissements, ictère, légères douleurs à la pression.

Opération le 30 novembre 1936 : Cholédoque très dilaté, stase biliaire, ablation de 2 calculs. Anastomose.

Suites : Très bon état fonctionnel (Com. pers. : 1939).

Radio (21 décembre 1936) : 1° bon remplissage baryté des canaux; 2° anastomose trop haute; 3° corps étran-

gers dans le cholédoque; 4° cholédoque fonctionnant;
5° un peu d'air à côté de beaucoup de baryte.

OBS. 52. — BERNHARD.

Adam Gie... H. 50 ans : En 1935 ectomie et cholédocotomie. Après l'opération, ictère, coliques et frissons.

Opération le 13 février 1937 : Cholédoque très dilaté. Nombreux calculs. C. D. S.

Suites : Guérison. N'a eu aucun trouble depuis l'opération. (Com. pers. : Mai 1939).

OBS. 53. — BERNHARD.

Katharina Dau... F. 67 ans : Première crise en 1912, puis en 1932, puis de nouveau l'année dernière. Contracture.

Opération le 20 septembre 1937 : Vésicule pleine de calculs, cholédoque et cystique très distendus, le cathétérisme réussit après de nombreuses tentatives : à gauche du cholédoque, ganglions. Ectomie et anastomose; tête du pancréas un peu épaissie.

Suites. Radio : bon fonctionnement de l'anastomose.

Le 2 juillet 1938 : guérison presque complète, digestion des graisses.

Radio (2 juillet 1938): Très beau reflux baryté et par places de l'air; le cholédoque fonctionne.

Revue le 25 avril 1939 : Aucun trouble.

OBS. 54. — BERNHARD.

Katharine Sch... F. 70 ans : Il y a 10 ans, première crise. Nouvelles coliques en janvier 1937 et ictère en février 1937. Coliques plus fréquentes, ictère, douleur à la pression.

Opération le 14 décembre 1937 : Deux calculs dans le cholédoque. Anastomose.

Suites : Pas de douleurs (5 juillet 1938).

Radio (23 décembre 1937) : Dans les canaux, assez dilatés reflux. Cholédoque visible dans tout son trajet jusqu'à la papille.

Nouvelle radio (5 juillet 1938) : remplissage par l'air et la baryte. Etat fonctionnel bon (Com. pers. : mai 1939).

~

3° *Six résultats imparfaits.*

OBS. 55. — BERNHARD.

Elisabeth Tho... F. 70 ans : Avait été opérée le 28 janvier 1909 d'une cholécystectomie pour calculs, après quoi, nouvelles crises et depuis deux semaines léger ictère.

Opération le 18 mars 1910 : Pancréas tuméfié, bile sous pression, pas de calculs, papille franchissable. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Quelques crises. Pas d'angiocholite, pas d'ictère. Amélioration par traitement médical. (Com. pers. : mai 1939).

OBS. 56. — BERNHARD.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1934, fig. 3.)

Johanette Kle... F. 43 ans : Ectomie il y a 5 ans pour hydropisie vésiculaire avec calcul du cystique. Deux ans après de nouveau, crises douloureuses avec subictère.

Opération le 13 novembre 1913. Cholédoque peu dilaté. C. D. S.

Suites : Deux ans après, crise grave. Décès le 5 septembre 1937 (24 ans après). Radio le 9 décembre 1931 : remplissage des gros canaux qui se vident en une demi-heure.

OBS. 57. — BERNHARD.
(*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1934.)

Anna Ker... F. 30 ans : Ectomie le 22 mai 1913 pour lithiase. Récidive douloureuse six ans après l'opération. De nouveau crise violente avec ictère.

Opération le 18 mars 1914 : Pancréas induré, cholédoque non dilaté, pas de calcul. C. D. S.

Suites (25 ans) : Fréquentes crises douloureuses avec fièvre à 39°8 sans ictère. Troubles dyspeptiques.

Radio (le 14 février 1939) : Magnifique reflux, remplissage du bout inférieur du cholédoque et évacuation par la papille qui paraît perméable.

OBS. 58. — BERNHARD.
(*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1934, fig. 4.)

Anna Lo... F. 40 ans : Ectomie en janvier 1910 pour lithiase. Récidive douloureuse avec ictère.

Opération le 22 juillet 1914 : Cholédoque peu dilaté. Pancréas normal. Pas de calcul. Il s'agit d'une compression par un ganglion hypertrophié. C. D. S.

Suites (20 ans) : Quelques crises d'angiocholite typiques avec fièvre et ictère avant son départ de l'hôpital.

Radio le 15 janvier 1932 : Reflux. De temps en temps quelques douleurs. Troubles dyspeptiques.

OBS. 59. — BERNHARD.

Wilhelmine Lüh... F. 39 ans : Ectomie le 15 février 1905. Récidives douloureuses.

Opération le 16 juillet 1925 : Tête du pancréas indurée, vieil ulcère duodénal. Cholédoque sans calcul, non dilaté. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Plus tard encore troubles coliques sans ictère. Mort six ans après, d'affection pulmonaire.

OBS. 60. — BERNHARD.

Lina Sch... F. 38 ans : Ectomie en 1931 pour calculs, disparition des troubles. Six mois après, de nouveau, crises douloureuses, léger ictère avec fièvre élevée. Dans la dernière semaine, atteinte de l'état général, douleurs à la pression au milieu de la cicatrice opératoire.

Opération le 16 novembre 1934 : Cholédoque non dilaté, pas de calculs. Anastomose.

Suites : Revue le 21 juin 1938, douleurs temporaires de la région biliaire sans coliques, le plus souvent frissons, pas de digestion des graisses. *Radio* : 1° Air dans les voies biliaires (image certaine en la comparant avec le produit de contraste); 2° Le reflux baryté persiste seulement un court délai et plus tard on a de l'air à sa place.

Radio (26 avril 1939) : Présente des crises douloureuses après écarts de régime. Constipation.

4° Deux morts tardives par angiocholite.

OBS. 61. — BERNHARD.

Elisabeth Har... F. 41 ans : Ectomie préalable en 1912 pour hydropisie calculeuse. Un mois plus tard, crises fréquentes, jaunisse.

Opération le 12 janvier 1914 : Tête du pancréas induquée, cholédoque un peu dilaté, libre de calcul, papille libre. Anastomose avec le duodénum.

Suites : De temps en temps, crises d'angiocholite indiscutables. Mort quelques années plus tard de cause inconnue, mais avec de l'ictère, d'après les renseignements recueillis.

OBS. 62. — BERNHARD.

Elisabeth Web... F. 56 ans : Ectomie en août 1908. Depuis quatre mois, crises douloureuses récidivantes, ictère intermittent.

Opération le 25 avril 1914 : Pancréas induré, papille perméable; pas de calcul. Coudure du cholédoque au niveau du cystique. Anastomose avec le duodénum.

Suites : Mort le 9 janvier 1917. De nouveau, crises avec fièvre et ictère, ce qui est vraisemblablement la cause de la mort.

Malgré les inconnues qui persistent quand on veut pousser l'analyse de ces documents dans le détail, nous leur attachons une grande importance. Ils représentent le « matériel » intégral d'une clinique et comportent des faits suivis à très longue échéance.

Nous ne voulons par chercher à dégager des pourcentages car malgré le nombre important d'observations que représente cette statistique, la division que nous avons cru nécessaire entre des faits de signification différente fragmente cet ensemble en trop petites séries. Retenons surtout que, sur 62 observations il faut noter : 7 mauvais résultats, 7 morts éloignées qui semblent relever de complications inhérentes à l'anastomose. A ces échecs viennent s'ajouter encore 16 résultats imparfaits.

L'angiocholite, dont certains disent n'avoir pas rencontré d'exemple, tient une bien grande part dans les complications de cette série d'anastomoses. Sans doute y a-t-il dans ces angiocholites un certain nombre de rétrécissements de l'anastomose mais l'évolution d'un rétrécissement est chose précoce, dépendant en général d'une technique imparfaite, et, lorsqu'un acci-

dent infectieux survient après un intervalle considérable (5 ans, 10 ans parfois), il est infiniment probable que seul était en cause le facteur permanent d'infection qui est l'ouverture large de la voie biliaire principale dans l'intestin. Si nous voulons maintenant entrer dans le détail des faits, nous trouvons :

Anastomoses pour oblitération haute du cholédoque :

- 2 bons résultats fonctionnels,
- 2 morts tardives par angiocholite après 6 ans et 18 ans.

C.D.S. pour sténose complète de la partie basse du cholédoque :

- Une autopsie après 3 mois sans angiocholite ;
- Sept résultats excellents, dont de très anciens, de 29 à 18 ans ;
- Cinq résultats imparfaits ;
- Trois mauvais résultats : une angiocholite tardive en voie d'aggravations, et deux mortelles.

C.D.S. pour sténose incomplète de la partie basse du cholédoque :

- Dix résultats parfaits ;
- Six résultats imparfaits ;
- Quatre mauvais résultats avec crises répétées d'angiocholite ;
- Trois morts survenues 6, 8 et 17 ans après l'anastomose par infection ascendante.

C.D.S. en l'absence de toute sténose du cholédoque :

- Onze résultats parfaits (dont 1 cas avec vérification nécropsique 16 ans après l'opération) ;
- Six résultats imparfaits ;

— Deux morts par angiocholite quelques années après l'intervention.

Toute réserve étant faite, il est permis de dire d'après cette documentation que le risque d'angiocholite ne se retrouve pas avec la même fréquence suivant le type d'indication et que, sans échapper à cet aléa redoutable, la C.D.S. d'indication relative semble y exposer avec une moindre fréquence.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LES ANASTOMOSES PAR PROTHESE PERDUE SANS SUTURE DIRECTE

METHODE DE WILMS BREWER-SULLIVAN

Cette variété d'anastomose, très spéciale, représente une des modalités de réparation des voies biliaires par prothèse. Peu employée, peu connue en France, elle mérite d'être étudiée à part car les conditions anatomiques dans lesquelles elle est établie, les données physio-pathologiques concernant son fonctionnement et son évolution impriment aux résultats éloignés un caractère particulier.

Bien que nous n'envisagions dans ce travail que les résultats, il nous a paru nécessaire de faire un historique rapide et de rappeler brièvement les résultats expérimentaux et les constatations anatomo-cliniques qui ont permis d'ériger en méthodes thérapeutiques régulières cette variété de prothèse réalisant une anastomose médiate entre les voies biliaires et le tube digestif. Pour plus de détails, nous renvoyons aux deux seuls travaux d'ensemble français que nous connaissons sur la question : l'article de Lecène et Gau-

dart d'Allaines paru en 1922 dans le *Journal de Chirurgie*, la thèse récente de Rogez (Lille, 1938). Nous y avons fait de larges emprunts.

Jusqu'aux environs de 1910, le Chirurgien qui avait à réparer une sténose de la voie biliaire principale disposait pratiquement de trois procédés :

— La suture directe des deux extrémités du canal sectionné ou réséqué.

— Les anastomoses vésiculaires.

— Les anastomoses directes de hépato-cholédoque avec le tube digestif.

Mais, dans certains cas, les conditions anatomiques sont telles qu'elles ne rendent réalisables aucun de ces trois procédés. Soit qu'il s'agisse d'une tumeur haut située sur la voie biliaire principale, soit, et c'est le cas le plus fréquent d'un rétrécissement cicatriciel dont le type est le rétrécissement post-opératoire comportant une large destruction du confluent biliaire. C'est dire que ne sont pas réalisées les conditions permettant la suture directe bout à bout : section immédiatement reconnue — brèche incomplète ou résection de peu d'étendue — tissus souples permettant une mise en contact facile et une suture sans tension — champ opératoire bien exposé et peu profond. Elles rendent son application rarement possible.

Les anastomoses vésiculaires ne sont ici presque jamais réalisables. Il s'agit le plus souvent d'opérations secondaires, la vésicule a été enlevée lors d'une opération précédente et c'est justement au cours de la cholécystectomie qu'a été lésée la voie principale,

ou bien elle est scléro-atrophique, exclue, trop enflammée pour permettre une anastomose ou encore l'obstacle siège au-dessus du cystique.

Les anastomoses directes, à la suture, de la voie principale réclament pour leur établissement des conditions anatomiques essentielles : une région opératoire bien exposée dans laquelle on puisse s'orienter pour rechercher et libérer l'hépatocolédoque — l'absence d'adhérences trop serrées, car il faut pouvoir mobiliser le duodénum ou l'estomac et les amener au contact du canal biliaire — un segment de canal assez long et pas trop friable pour pouvoir être suturé sans trop de difficulté — un péritoine intact sur le segment du tube digestif où doit porter l'anastomose.

En pratique, il suffit d'avoir assisté à quelques opérations secondaires sur les voies biliaires pour comprendre que ces conditions ne sont pas toujours réalisées. Souvent on arrive sur une région sous-hépatique complètement bloquée par des adhérences serrées, le pédicule est au centre d'un magma de sclérose évolutive très inflammatoire qui saigne à chaque manœuvre de dissection et où tous les repères sont détruits. La voie biliaire dilatée ne peut être découverte que par des ponctions prudentes et sa dissection exposerait à la blessure des vaisseaux du pédicule. Parfois l'abord est encore compliqué par la présence d'une fistule à trajet complexe et il faut marcher très prudemment, car dans les opérations itératives le cholédoque est souvent très superficiel. Dans ces conditions le duodénum et l'estomac, largement soudés et

adhérents au côlon, à la face inférieure du foie, à l'épiploon ne peuvent être mobilisés sans des érosions dangereuses. Parfois, en cas de lésion très étendue, la voie biliaire est réduite à une petite poche sous tension faisant saillie sous le foie au niveau du sillon transverse. Si, par ailleurs, on veut bien se représenter ce que peut être au point de vue technique une suture fine, à bout d'instruments, dans une région profonde, mal exposée, soumise aux oscillations respiratoires et au voisinage de gros vaisseaux, on comprendra qu'une telle anastomose soit d'une extrême difficulté. D'autre part, on opère en milieu infecté sur des tissus friables, chez des malades le plus souvent ictériques dont l'état général impose une opération rapide et chez lesquels on doit redouter l'hémorragie. Parfois, le Chirurgien devra battre en retraite et se contenter d'un drainage externe dont il sait d'avance le résultat précaire : la fistule biliaire totale.

Dans ces « cas difficiles » où les anastomoses directes ne peuvent être exécutées, on a préconisé de nombreux procédés dont la multiplicité témoigne de leur peu d'efficacité. A part l'anastomose jéjunale quelquefois réalisée et suivie de succès, mais dangereuse et difficile, les autoplasties et les greffes ne sont guère sorties du domaine expérimental et n'ont donné que des échecs.

L'expérience a montré alors « que l'on pouvait avec avantage utiliser une série d'interventions dont la particularité essentielle est de faire intervenir un agent prothétique en l'espèce un tube de caoutchouc »

(Lecène, Gaudart d'Allaines). Le principe de cette méthode aux modalités variables est basé sur deux faits expérimentaux, dont nous verrons l'exacte valeur :

— Le grand pouvoir de réparation des voies biliaires,

— La tolérance d'une prothèse formée par un simple tube de caoutchouc.

On a constaté que si l'on suturait un canal biliaire bout à bout sur un tube servant de prothèse, celui-ci ne gênait pas la cicatrisation, était parfaitement toléré et n'entraînait aucun trouble, contrairement à ce qui se passe pour la plupart des tissus en présence d'un corps étranger. De là sont nées les sutures bout à bout sur tube perdu, les anastomoses directes par implantation sur tube qui sert seulement de tuteur aux sutures.

Il a été démontré de plus que si l'on comblait la brèche existant entre les deux extrémités d'un canal biliaire sectionné par un tube introduit par les deux bouts du canal et que si l'on recouvrait la portion du tube restée libre par un lambeau d'épiploon ou par du péritoine, le canal biliaire se reconstituait sur le tube servant de prothèse. Dans l'esprit des premiers expérimentateurs, le tube dirigeait la cicatrisation, l'épithélium péritonéal se transformait en épithélium cubique ou bien la prolifération de la muqueuse du cholédoque sur le tissu de granulations assurait au néo-canal un revêtement muqueux continu, de là est né le principe de la suture « quand même ».

Mais il est des cas où le bout inférieur du canal bi-

liaire est détruit, inutilisable, où l'obstacle siège bas dans la portion pancréatique et où l'on ne peut pas rétablir le cours normal de la bile par la papille. L'expérience a montré que dans ces cas, on pouvait très simplement créer un nouveau canal biliaire à l'aide d'un tube de caoutchouc. Une extrémité est introduite dans le bout proximal de la voie biliaire, tandis que l'autre est directement implantée dans une partie du tube digestif voisin par un petit orifice pratiqué à cet effet dans la paroi digestive. La portion du tube laissée à nu entre les deux viscères étant enrobée d'épiploon, il se reconstitue un néo-cholédoque susceptible de fonctionner normalement. On réalise ainsi une véritable anastomose bilio-intestinale à distance par l'intermédiaire d'un canal artificiellement créé. C'est « l'anastomose par prothèse perdue avec implantation bilio-digestive sans suture directe ». Seule cette variété de prothèse est à étudier ici : disons d'emblée qu'elle est plus connue sous le nom de Méthode de Sullivan ou de Wilms-Brewer ou simplement d'anastomose médiate.

La définition que nous avons donnée des anastomoses médiatees « formation d'un canal artificiel entre les voies biliaires et l'intestin à l'aide d'un tube de prothèse implanté dans l'intestin et enrobé d'épiploon » montre que l'on ne doit pas faire entrer dans ce cadre deux variétés exceptionnelles de rétablissement du cours de la bile.

— Les dérivations bilio-intestinales extra-abdominales ;

— Les implantations de fistule biliaire externe.

Nous ne connaissons que deux cas de dérivation externe, extra-abdominale, du cours de la bile dans une partie du tube digestif : celui de Tiesenhausen et celui de Sauvage. Sauvage a réalisé une réunion cholédoco-gastrique extra-abdominale dans un cas de fistule biliaire totale en réunissant par un drain l'orifice cutané de la fistule et celui d'une gastrostomie. Ce n'est pas une anastomose.

Les implantations de fistule biliaire dans une partie du tube digestif ne sont pas non plus des anastomoses, mais des implantations d'un canal pathologique spontanément formé. Elles ne sauraient être étudiées ici.

Nous en dirons cependant quelques mots car la constitution anatomique du trajet fistuleux, analogue à celle du néo-canal de l'anastomose par prothèse perdue, leur donne sensiblement la même évolution et expose aux mêmes dangers de rétrécissement. Leur étude anatomo-clinique a donc pu renseigner sur l'évolution des anastomoses par prothèse perdue. Eliot, en 1936, en a rassemblé 41 cas dans la littérature : presque toutes ont été exécutées aux Etats-Unis ou en Allemagne. L'expérience des premiers cas (Stubenrauch, Cahen, Heidenham, Dobrotworski) ayant donné une proportion considérable d'échecs ou de sténoses rapides de l'orifice d'implantation les avait fait rejeter. Cette méthode, en fait, donne de mauvais résultats. En plus des difficultés opératoires créées par la libération du trajet fistuleux, — ce qui expose à sa gangrène — et par l'implantation de l'orifice fistuleux avec ou sans collerette cutanée dans l'estomac ou le

duodénum, on observe un grand pourcentage d'échecs ou de résultats très passagers dus à la sténose du trajet. Lahey qui, avec Walters et Judd, en a fait une quinzaine et en fut un temps le grand défenseur, devait conclure plus tard d'une façon plutôt pessimiste : « opération qui expose à de nombreux échecs car elle n'est en réalité qu'un expédient ». On a eu cependant quelques bons résultats (Russell, Lilienthal, Roeder, Walters, Williams et Smithwick).

Sans vouloir faire un historique détaillé, il nous a paru utile de rappeler quelques travaux importants. Le grand pouvoir de réparation des voies biliaires est un fait connu depuis longtemps. Claude Bernard avait déjà montré que, chez le chien, la simple ligature du cholédoque ne provoquait pas toujours de l'ictère : dans certains cas, le fil coupe rapidement, tombe et le cours de la bile se rétablit en quelques jours. Cornil et Carnot, en 1897, montrent que « les conduits intrapéritonéaux maintenus béants ont une tendance invincible à reconstituer leur forme de cylindre creux », et étudient histologiquement le processus de réparation. La séreuse péritonéale s'organise en trois jours sur la brèche et secondairement la muqueuse vient recouvrir celle-ci. Il faut du reste reconnaître que les conditions dans lesquelles opéraient ces auteurs en faisant des sections longitudinales des canaux, sont assez différentes des sections transversales complètes que l'on a à traiter. Cependant, on avait acquis cette notion que le processus de réparation spontanée, particulièrement actif au niveau des voies biliaires « devait être dirigé ». Enfin l'expérience clinique avait ap-

pris que des réparations imparfaites des voies biliaires aboutissaient cependant à la reconstitution de celles-ci. Après une lésion qui paraissait irrémédiable, on a vu des fistules se tarir et la bile trouver spontanément sa voie vers l'intestin.

Il semble que l'idée d'aider cette réparation spontanée en la dirigeant sur un tube soit due à Stubenrauch en 1905. Terrier l'employa en 1906, mais il eut un échec. Les succès de Verhoogen, Doberauer, les cas de Jenckel, Vœlcker, suffisent à montrer l'énorme progrès fait par l'emploi de la prothèse en chirurgie biliaire et les résultats qu'on peut en attendre. L'histoire de l'anastomose médiate sur prothèse commence en 1909 avec les travaux de Sullivan (1909-1911) et en 1910 avec les cas cliniques de Wilms, de Jenckel et de Brewer. L'intérêt considérable présenté par ces publications donne naissance à de nombreux travaux. Leneberger (1910) et Brandt (1912) publient les six observations des opérés de Wilms, qui recommande ce procédé chaque fois que l'on devra établir une anastomose de la voie biliaire principale en cas d'obstacle définitif. Vœlcker en 1911 propose sa méthode avec drain hépatico-transduodéal. Enderlen et Justi (1901), Arnsperger et Kimura, en 1912, cherchent à établir expérimentalement le mécanisme de cette reconstitution du cholédoque. Ils constatent la fréquence de la sténose rapide du néo-canal au niveau de son abouchement intestinal. Propping (1913), réintervenant deux ans après une reconstitution sur prothèse trouve un canal d'aspect normal avec un épithélium. Après guerre, la méthode connaît une vogue

nouvelle : le petit nombre des observations publiées, les discussions sur la destinée du néo-canal, sur son rétrécissement ultérieur et son épithélialisation font surgir de nouveaux travaux parmi lesquels nous citerons : Simon (1920) publie 5 cas dont 3 guéris par la méthode ; Lecène et Gaudart d'Allaines (1922) dans leur revue générale sur la réparation de la voie biliaire par prothèse publient une statistique de 23 cas récents ou suivis peu de temps et trouvent 70 % de guérisons complètes. Ils concluent : « il semble bien que dans cette chirurgie difficile la prothèse soit une acquisition capitale : il faudra de nombreuses observations pour juger de la valeur de ces procédés opératoires, mais il existe déjà un assez grand nombre de faits publiés pour qu'on soit autorisé à conclure dès maintenant que ces opérations peuvent donner des résultats très bons dans des cas particulièrement difficiles. Le point noir est évidemment le rétrécissement ultérieur de ces anastomoses et l'infection biliaire ascendante. Seules des observations longtemps suivies pourront montrer dans quelles mesures il faut redouter après ces opérations ces deux graves dangers ».

Les communications de Brin, de Tuffier, de Gernez à la Société Nationale de Chirurgie en 1922 et les discussions qui ont suivi, expriment un certain pessimisme quant aux suites éloignées : le rétrécissement secondaire paraissant presque certain dans des délais variables.

Au Congrès Français de Chirurgie de 1923, Mathieu constate « que la prothèse caoutchoutée est à la mode actuellement ». Dans le chapitre assez court qu'il

consacre à l'anastomose médiate il cite 19 cas trouvés dans la littérature, constate que « les suites éloignées sont rarement détaillées » et que la plupart des malades ont été suivis trop peu de temps pour pouvoir juger. En énumérant les incidents post-opératoires signalés il conclut que « les résultats sont d'une manière générale assez satisfaisants ».

Boppe, dans le traité d'Hartmann (*Chirurgie des Voies biliaires* 1923) étudiant les « opérations rares pratiquées sur les voies biliaires » a réuni 21 cas d'anastomose par prothèse sur tube sans suture directe. Il conclut qu'elle donne des résultats satisfaisants et que la méthode du drain perdu est la méthode de choix. Après l'important travail de Jedlicka (1925), nous citerons encore les recherches expérimentales de Gerlach (1926), de Muzenech (1926), le travail clinique et expérimental de Seulberger et Pollwein (1927) et celui de Lowenstein (1926). Depuis nous signalerons encore les publications de Walzel (1930), de Desplas (1931), de Horgan (1932), Ortega de la Riva publiant trois succès en 1933 fait un chaud plaidoyer en faveur de la prothèse.

Robert, dans sa thèse (Lyon 1932), et Mallet-Guy dans la *Revue de Chirurgie* en 1933, étudiant l'angiocholite après les anastomoses de la voie biliaire principale signalent plusieurs cas survenus après des anastomoses médiate.

Eliot, en 1936, dans un article fondamental sur les rétrécissements cicatriciels rapporte les observations résumées de 35 cas recueillis dans la littérature ou d'après des communications personnelles. Il conclut

que si l'on a obtenu des résultats brillants par cette méthode elle expose à l'infection ascendante et surtout au rétrécissement secondaire « dans l'ensemble, les résultats sont décourageants et plus d'un chirurgien à l'étranger a abandonné cette opération ».

Rogez, dans sa thèse (Lille 1938), inspirée par Courty à l'occasion d'un cas personnel, fait une revue générale de la méthode à propos des rétrécissements cicatriciels. Etudiant les complications et les suites éloignées de 36 cas il trouve que l'angiocholite est signalée dans un tiers des cas environ. Le rétrécissement du néocanal lui paraît moins fréquent qu'on ne le dit en France : 4 cas sur 22 observations avec résultats éloignés. Il conclut : « que l'anastomose avec prothèse perdue par implantation sans suture directe doit être considérée comme un procédé d'exception quand les autres méthodes sont inutilisables mais qu'il constituera alors un moyen très précieux de rétrécissement du cours de la bile et pourra donner une appréciable proportion de résultats satisfaisants ».

Si nous avons insisté au début de ce chapitre sur les conditions anatomiques déplorables que l'on rencontre parfois dans la cure des lésions de la voie biliaire principale c'est pour faire ressortir les avantages que l'on peut retirer de l'anastomose médiate dans les cas paraissant au-dessus de toute thérapeutique et où le mauvais état général commande de faire vite. On peut parer aux larges pertes de substance — 6, 8, et même 10 cm. — puisque l'on peut faire varier à volonté la longueur du tube à recouvrir

l'épiploon. On comprend facilement cependant que l'on ait intérêt à faire le néocanal le plus court possible pour rapprocher les deux muqueuses en vue d'une épithélialisation meilleure et rapide.

L'absence de suture permet d'agir sur un canal friable où les fils couperaient à tous coups. L'établissement de l'anastomose demande le minimum de préparation de la région : il suffit d'apercevoir une portion du canal biliaire, d'y introduire le tube et de le conduire par une petite incision dans l'estomac ou dans le duodénum voisin. L'opération est facile et demande le minimum de manœuvres : le tube mis en place, suivant une des variantes que nous décrivons, sera enrobé par l'épiploon ou les tissus voisins maintenus par quelques points de suture.

Le principe de l'opération décrit, il nous reste à énumérer rapidement un certain nombre de détails techniques qui méritent d'être connus. L'anastomose sur prothèse ne se faisant qu'en cas de perte de substance étendue porte presque toujours sur un moignon de l'hépatique ou sur l'un des deux canaux hépatiques. L'implantation dans le tube digestif doit être gastrique ou duodénale de façon à réduire le plus possible la longueur du néocanal. Il semble que l'on ait avantage à faire l'implantation dans le duodénum qui est un organe fixe; car les mouvements péristaltiques violents et les variations de volume de l'estomac, risquent de compromettre la cicatrisation les premiers jours par des tractions pouvant déplacer le tube.

Pour engainer le tube libre sur une distance qui

peut atteindre 8 à 10 cm. mais qui est habituellement plus courte on utilise généralement l'épiploon qui est enroulé autour de lui, maintenu par quelques points de catgut et fixé en haut au canal biliaire ou à son voisinage, en bas à l'intestin autour de l'orifice d'implantation. On a pu également employer le petit épiploon ou quelque autre repli péritonéal dans lequel la prothèse est enfouie. La paroi gastrique appliquée contre le tube a pu ainsi constituer une paroi.

L'agent prothétique employé est variable : le tube de verre ne semble avoir été employé que par Grégoire. La prothèse habituelle est réalisée par un tube de caoutchouc, substance qui paraît être la mieux tolérée, et dont la relative souplesse associée à une rigidité suffisante permet la constitution du néo-canal dans de bonnes conditions. On emploie soit un vulgaire drain non perforé de calibre 16, 18 ou 20, soit une sonde de Nélaton ou de Pezzer qui, maintenue par sa tête, a l'avantage de ne pouvoir s'éliminer spontanément.

C. Mayo utilise un tube évasé avec renflements à ses deux extrémités. Mac Arthur retrousse en manchette l'extrémité supérieure du drain de façon à former un bourrelet qui maintiendra le tube en place.

Le mode d'implantation dans le duodénum ou l'estomac est variable : c'est là, semble-t-il, le point le plus délicat de l'opération. Le plus souvent, après petite ponction permettant l'introduction du tube, celui-ci est couché dans un canal oblique à la Witzel : certains auteurs voient dans cette implantation oblique un dispositif valvulaire empêchant le reflux. Pour

d'autres, il a l'avantage de donner plus de sécurité à l'implantation et maintient le tube. Parfois on a pratiqué une simple suture en bourse ou une implantation à la Coffey (Barber) comme dans l'urétéro-néostomie avec trajet musculo-séreux.

Les opinions varient sur la conduite à tenir vis-à-vis du tube : pour les uns, il faut favoriser l'élimination spontanée de la prothèse, pour d'autres, il y a avantage à ce que cette prothèse reste en place le plus longtemps possible car sa présence ne semble pas avoir entraîné d'accidents.

Certains opérateurs fixent le tube au canal biliaire par une soie ou un catgut. D'autres ne le fixent pas et attendent son élimination spontanée, celle-ci se produit en général entre le 15^e et le 35^e jour. Pour favoriser cette élimination, ils font dépasser largement le tube dans la lumière intestinale espérant que l'action du péristaltisme sur cette portion du tube suffira à l'entraîner.

Pour pouvoir retirer le tube, Wilms emploie un procédé compliqué : une soie fixée à la sonde pénètre avec elle dans la lumière intestinale, puis il la fait ressortir plus bas du duodénum et la conduit à la paroi ; en tirant sur le fil, il exerce une traction sur le tube et espère ainsi l'attirer dans l'intestin. C'est un procédé dangereux qui a donné des échecs et qui expose à la fistule duodénale. Parfois, le tube est fixé en son milieu par un fil allant à l'extérieur par la plaie d'où il sera retiré ; mais les tractions sur le fil pour ramener le drain risquent de déchirer largement le néocanal ce qui expose à une coudure ou à une fistule (Simon).

On a voulu associer un drainage biliaire à l'opération dans certains cas. Simon emploie un tube en T dont la branche horizontale sert de prothèse et dont la branche verticale utilisée pour le drainage est conduite à l'extérieur par la plaie ; ce procédé expose à la déchirure du canal quand on retire le drain et à la fistule biliaire. Vœlcker emploie le drainage hépatico-transduodénal ou transgastrique : le tube de prothèse qui est très long ressort de la paroi antérieure du duodénum par un orifice à la Witzel et il est conduit à l'extérieur par la plaie ; il peut être ainsi retiré à volonté, mais ce procédé expose à la fistule duodénale (Jenckel). En conclusion, il semble que le procédé le plus simple, celui du drain perdu, suturé ou non, ou la prothèse par sonde de Nélaton abandonnés à eux-mêmes, soit le meilleur. L'expérimentation et les résultats cliniques montrent que ce drain est toujours parfaitement toléré, qu'il ne gêne aucunement la cicatrisation et la reconstitution de la muqueuse quand il n'est pas trop gros ni trop rigide. Il semble également qu'il y ait avantage à ce qu'il reste en place longtemps, tant que l'épithélium n'a pas recouvert complètement le canal fibreux, conjonctif, nouvellement créé il s'oppose au rétrécissement cicatriciel. Le tube perdu, rarement vomi, s'élimine en général par les selles à des dates très variables ; aussi son départ passe-t-il souvent inaperçu. Généralement l'élimination se fait dans les deux premiers mois, mais elle peut être beaucoup plus tardive : au cours de la première année. Passé ce délai on peut considérer la prothèse comme définitivement en place. Notons l'intérêt qu'il y a à employer du

caoutchouc opaque aux rayons X, de façon à pouvoir vérifier le maintien en bonne place ou l'élimination de la prothèse.

C'est dans les cas de rétention prolongée que pourra alors se poser la question de son ablation ; car des accidents d'obstruction ou d'infection secondaires ont pu être expliqués par l'incrustation et le rétrécissement de calibre du tube. En principe, il y a avantage à laisser le tube longtemps ; les 35 jours indiqués par les recherches expérimentales sont certainement insuffisants. Walzel, en 1925 déclarait expérimenter des prothèses résorbables en « Formalin Gelatine » matière dont la résorbtion devait se produire en 8 à 12 jours. Nous ne croyons pas que ces recherches aient eu un résultat pratique.

Si la méthode d'anastomose médiate sur prothèse a l'avantage d'être d'une exécution simple, son emploi doit cependant être très limité et elle ne doit vivre que des contre-indications des autres méthodes. Il y a deux raisons principales à ces restrictions :

— En tant qu'anastomose, supprimant l'appareil sphinctérien des voies biliaires, elle expose, comme toute anastomose de la voie principale au reflux du contenu intestinal et à l'infection ascendante.

— De plus et surtout la tendance au rétrécissement du canal néoformé, qui est le gros inconvénient de la méthode, entraîne un pourcentage élevé de récidives et des mauvais résultats.

Nous allons essayer d'établir avec l'aide des observations que nous avons pu recueillir, dans quelles proportions surviennent ces deux redoutables complications.

Nous tenons à signaler auparavant que nous avons à plusieurs reprises, trouvé rapportées comme anastomoses médiales, des observations qui n'en sont certainement pas si l'on se rapporte à l'article original. Ces erreurs, le plus souvent, paraissent dues à des erreurs de traduction ; le mot prothèse étant employé à l'étranger dans un sens beaucoup étendu qu'il ne l'est en France. Dans d'autres cas, on a fait entrer dans le cadre des anastomoses médiales des anastomoses directes atypiques, avec brèche partielle sur leur face antérieure comblée par un tube. Mais il est évident qu'entre l'anastomose régulière avec suture exacte des deux muqueuses, l'anastomose atypique sur tube en T par exemple, et la véritable anastomose médiale on peut trouver tous ces cas douteux pour ne conserver dans ce chapitre que des observations authentiques d'anastomose par prothèse perdue sans suture directe.

OBSERVATIONS

Nous avons retrouvé 39 observations d'anastomose médiate sur prothèse caoutchoutée : 32 ont été suivies pendant plus d'un an. Nous joignons de plus 7 cas qui, dans le cours de la première année se sont accompagnés d'incidents.

1° Résultats parfaits.

Voici tout d'abord les observations comportant *un résultat parfait* et suivies pendant un long délai de 12 à 4 ans.

Elles se résument dans les 5 cas suivants :

OBS. 63. — LOEWENSTEIN.

Archiv. f. Klin. Chir., t. 147, 1927, p. 655 (obs. 4).

Femme de 56 ans. Stomie dix ans auparavant. Depuis six mois, coliques violentes avec fièvre et ictère foncé. Ouverture spontanée d'une fistule. Ectomie : cholédocotomie : sténose de la papille. Dilatation de la sténose. De nouveau, 40 jours plus tard, la fistule externe persistant : troisième opération.

Opération : Le 15 novembre 1912. Sténose de la papille.

C.D.S. médiate, sur prothèse caoutchoutée.

Suites : 12 ans. Le tube est rejeté par vomissement le 15^e jour. Guérison persistante avec résultat éloigné très bon depuis 1912.

OBS. 64. — SULLIVAN

*In Fowler, S. G. O., t. 27, 1918, p. 390,
Comm. pers., Eliot, 1936.*

Homme de 60 ans. Sténose du cholédoque.

Opération : 31 mars 1913; rétrécissement cicatriciel du cholédoque dû à sa perforation par des calculs et processus gangréneux ayant donné quelques mois avant, un syndrome de perforation duodénale. On fit un drainage du cholédoque. Canal complètement détruit sur 4 cm. H. D. S. médiate.

Suites : 8 ans. Malade qui a joui depuis l'opération d'une santé excellente et qui vaque à ses occupations d'ingénieur (1917).

Décès 8 ans après l'opération de cancer du cæcum, sans trouble biliaire.

OBS. 65. — PAUCHET

Pratique Chirurgicale illustrée, fasc. 5, 1924, p. 59.

Fistule biliaire datant de trois mois avec bon état général après ectomie.

Opération : Adhérences, libération du cholédoque qui n'est pas dilaté : sténose incomplète du cholédoque.

C.D.S. médiate sur sonde de Nélaton n° 16, implantée comme dans une gastrostomie.

Suites : 7 ans. Guérison parfaite depuis 7 ans; on ne sait à quelle date se fit l'élimination du tube.

OBS. 66. — WILSON.

S. G. O., t. 68, 1939, p. 288.

Femme de 62 ans; ectomie en septembre 1932. Vésicule calculeuse. Cholédoque non dilaté, sans calcul. Fistule biliaire, puis ictère foncé.

Opération : 3 décembre 1932; on ne peut découvrir le cholédoque, mais seulement un moignon hépatique dilaté. Drainage de l'hépatique par tube en T, dont la branche verticale sert à former un nouveau canal que l'on se propose d'implanter secondairement dans l'estomac. Le 20 décembre 1933, H. G. S. suivant le procédé de l'auteur (médiante en deux temps).

Suites : 5 ans. Guérison rapide. Le deuxième temps de fistulisation du néo-canal dans l'estomac se fit spontanément. Depuis, santé parfaite; a pris 40 livres.

OBS. 67. — JENCKEL. — *Deut. Zeit. f. Chir.* t. 104,

1910, p. 40, — ELIOT. *Ann. Sur.* 1936.

Résection du cholédoque sur 3 cm. pendant une ectomie.

Opération : H.D.S. médiante sur prothèse caoutchoutée.

Suites : Malade suivie 4 ans, puis perdue de vue. A cette date, aucun signe de récidence.

Nous avons ensuite un certain nombre de cas suivis pendant un délai de un à deux ans et comportant un bon résultat.

OBS. 68. — SEULBERGER et POLLWEIN.

(*Beitrag z. Klin. Chir.*, t. 135, 1927, p. 202.)

Homme de 63 ans. Ectomie pour lithiase en 1907. Revient en 1923 avec un ictère par rétention apparu progressivement avec des douleurs.

Opération, 1923 : cholédoque très dilaté. Induration de la tête du pancréas. On pense qu'il s'agit d'un cancer. La vésicule étant absente, il ne reste à faire qu'une C.D.S. Les adhérences ne permettant pas de faire avec sécurité l'anastomose directe avec le duodénum, on prend un tube en T dont la branche transversale est engagée dans le cholédoque et la verticale implantée dans le duodénum à la Witzel. Le drain est libre sur 5 cm. (C.D.S. médiate sur drain en T).

Suites : 2 ans. Guérison. Disparition rapide de l'ictère, grosse amélioration de l'état général, ce qui prouve qu'il ne s'agissait pas de cancer (donc pancréatite). Revu en excellente santé 2 ans après, le tube de prothèse est toujours en place et bien visible à la radio.

OBS. 69. — STARLINGER.

(*Zent. f. Chir.*, t. 64, 1937, p. 584.)

Femme de 34 ans; nombreuses crises douloureuses, sans ictère. Ectomie, vésicule calculeuse. En disséquant la vésicule, on trouve deux canaux cystiques, qui, en divergeant, vont déboucher dans un canal hépatique qui paraît normal. Double ligature. Le lendemain, ictère; plus tard, fistule biliaire totale.

Opération : on retrouve avec peine le moignon cystique par où coule la bile. Anastomose médiate entre ce que l'on croit être le cystique et le duodénum sur prothèse caoutchoutée implantée à la Witzel dans le duodénum. Il s'agissait d'une oblitération congénitale d'un segment de l'hépatique. La bile passait par une voie détournée par les deux canaux cystiques.

Suites : Guérison. Pas de fistule; une radio faite au 10^e jour, montre que le tube est éliminé. Deux ans après, état parfait, a pris 15 kg.

OBS. 70. — VIRGILLO.

(*Archivio Italiano di Chirurgia*, t. 48, 1938, p. 172.)

Au cours d'une gastrectomie pour ulcère duodénal : libération délicate du duodénum très adhérent au cours de laquelle on fait une section complète du cholédoque au niveau de la face postérieure du duodénum.

Opération : immédiate. C.D.S. médiate sur prothèse caoutchoutée. Une sonde de Nélaton introduite dans le bout supérieur du cholédoque est implantée par une suture en bourse dans le moignon duodénal. On termine l'opération par un Polya.

Suites : guérison parfaite depuis deux ans.

OBS. 71. — RUSSEL.

(*Ann. Surg.*, t. 99, 1934, p. 857.)

Femme de 42 ans; ectomie le 20 janvier 1931, suivie immédiatement de douleurs et d'ictère. Réintervention deux jours après : ligature de l'hépatique au-dessus du cystique avec nécrose du conduit. Mise en place d'un drain en T. Fistule (mars 1931) et ictère.

Intervention en avril 1931 : rétrécissement cicatriciel étendu. Résection du rétrécissement sur tube en T et formation d'un canal devant être anastomosé secondairement avec l'estomac.

Opération : 26 octobre 1931 : H.G.S. médiate, en laissant le tube en place (opération en deux temps).

Suites : 23 mois. Guérison sans incidents; revue en février 1932; va bien, travaille, le tube est toujours en place. En août 1932, cure d'une éventration et ablation du tube. Le canal fonctionnait bien. Depuis, est restée bien portante et a pris 15 kg. depuis la dernière opération datant de 14 mois.

OBS. 72. — SOFUS WIDERCE.

(*Zent. f. Chir.*, t. 63, 1936, p. 2023.)

Perte de substance étendue du cholédoque après opération pour cholécystite aiguë.

Opération : H.D.S. médiate sur tube implanté à la Witzel dans le duodénum.

Suites : Restait guéri sans troubles 16 mois après l'opération.

OBS. 73. — WILMS.

(*D. Zeit. f. Chir.*, t. 109, mars 1912).

Pas d'opération antérieure. Calculs du cholédoque : après leur ablation, on découvre un rétrécissement de la partie basse du canal avec une induration du pancréas.

Opération : H.D.S. médiate par implantation sur tube fixé à une anse de soie passant dans le duodénum et ressortant plus bas pour aboutir à l'extérieur par la plaie abdominale.

Suites : 15 mois. On ne peut retirer le tube à l'aide de la soie. Une radio 18 jours après l'opération ne le montrait plus en place. Allait bien par la suite.

OBS. 74. — BRIN.

(*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris*, t. 48, 1922, p. 150.)

Femme de 70 ans. Ectomie pour lithiase en septembre 1920, suivie de fistule biliaire totale pendant 4 mois. Essai de cure de la fistule.

Opération : 21 janvier 1921; on ne peut retrouver le cholédoque. La fistule mène près du hile sur l'hépatique : rétrécissement cicatriciel étendu de l'hépatocolédoque.

H.D.S. médiate sur prothèse caoutchoutée.

Suites : 1 an. Coliques violentes au 12^e jour, suivies de fistule biliaire qui cessa spontanément et d'élimination

du drain au 15^e jour. Guérison sans incidents par la suite, et restée depuis an en parfait état.

OBS. 75. — ORTEGA DE LA RIVA.

(*Archivos di Med. Cir. Esp.*, t. 14, 1933, p. 167.)

Syndrome d'occlusion cholédocienne avec ictère foncé et état subfébrile depuis un mois.

Opération : Petite vésicule rétractée. Cholédoque très dilaté contenant deux calculs de la taille d'une noisette.

La papille est franchissable, cependant la branche inférieure du tube en T ne pouvant être introduite dans la portion pancréatique du cholédoque, on se contente de drainer l'hépatique. Après ablation du drain, fistule totale avec selles décolorées. On pense à une pancréatite, car on avait constaté une hypertrophie de la tête du pancréas.

Réintervention : Gros pancréas induré. Section du cholédoque. C.D.S. médiate par prothèse sur sonde de Nélaton. Epiplooplastie.

Suites : Guérison en 25 jours. Ne présentait aucun trouble un an après.

OBS. 76. — WILMS.

(*Berlin Klin. Wochen.*, t. 69, 1912.

Thèse de ROGÉZ, Lille, 1938.)

Femme de 40 ans. Lithiase biliaire. Ectomie. Rétrécissement cicatriciel de l'hépatocolédoque au niveau du carrefour.

Opération : H.D.S. médiate sur prothèse caoutchoutée. On passe un tube entre l'hépatique et le duodénum libre sur 5 à 6 cm. On passe une anse de soie autour du fil pour pouvoir le retirer.

Suites : Un an. Léger écoulement de bile par la plaie

les premiers jours. Selle colorée le 7^e jour. Le fil casse quand on essaie de retirer le tube. Un mois après, il s'était éliminé. Au bout d'un an, guérison complète.

OBS. 77. — Mac ARTHUR.
(*Ann. Surg.*, t. 78, 1923, p. 129.)

Homme de 48 ans; stomie pour calcul vésiculaire suivie de fistule. Au bout d'un an, ectomie; nouvelle fistule avec fièvre et ictère.

Opération : Octobre 1907; la fistule conduit au moignon cystique dilaté, contenant de la boue biliaire et deux calculs. Cholédoque perméable enfoui dans du tissu cicatriciel. Résection du moignon cystique et drainage. Guérison, puis à nouveau fistule intermittente avec crises d'obstruction biliaire.

Deuxième opération : 10 mois plus tard, rétrécissement du cholédoque.

H.D.S. médiate sur tube dépassant de 8 cm. dans le duodénum.

Suites : Guérison; tube éliminé le 63^e jour. Le malade allait très bien un an après l'opération. Décès plusieurs années après d'un cancer de l'estomac.

OBS. 78. — ELMER et BOYLAN.
(*Med. Jour. and Record*, t. 137, 1933, p. 48.)

Femme de 28 ans. Ectomie 8 mois auparavant de fistule biliaire totale intarissable.

Opération : Trajet fistuleux complexe. On ne peut trouver le bout inférieur du cholédoque qui paraît complètement détruit. L'hépatique a été sectionné au ras du foie. Introduction d'un drain dans la portion intra-hépatique du canal hépatique au niveau du sillon transverse et anastomose distale avec l'estomac. Le tube pénétrant dans la paroi gastrique postérieure est enfoui sous la

paroi gastrique suturée au foie et recouvert d'épiploon. (Il s'agit d'une H. G. S. médiate ou mieux, d'une hépaticholangio-gastrostomie.)

Suites : Guérison rapide en 17 jours. Elimination du tube de prothèse au sixième mois. Depuis, état excellent. La malade a mené à bien une grossesse en tous points normale.

2° Résultats éloignés imparfaits.

Dans un cas de Jenkel suivi pendant 30 ans, le malade a eu quelques crises d'angiocholite les premières années, puis la guérison a été parfaite par la suite. C'est une éventualité dont nous avons retrouvé plusieurs exemples.

OBS. 79. — JENKEL.

Deut. Zeit. f. Chir., t. CIV, 1910, p. 40 ; *Thèse de Rogez*, Lille, 1938 ; *Eliot Ann. Sur.*, 1936.

Femme de 52 ans. Ectomie pour lithiase. Fistule biliaire opérée 8 mois plus tard.

Opération : Destruction de la voie biliaire sur 8 cm. On ne peut mobiliser le duodénum.

H. D. S. médiate sur prothèse caoutchoutée (tube du diamètre du petit doigt implanté à la Witzel dans le duodénum et fixé en haut à l'hépatique). Tube à nu sur 7 à 8 cm.

Suites (30 ans). — Ablation du tube trois semaines après, suivie d'une fistule duodénale minime qui se ferme spontanément. Pendant plusieurs mois quelques accès d'angiocholite légère. En 1936, la malade, âgée de 82 ans, allait toujours bien. (C. P. Eliot, 1936.)

— Dans un cas : crises douloureuses sans ictère ni température dont on ne connaît pas l'origine exacte, mais avec un état général excellent.

OBS. 80. — LOEWENSTEIN.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. CXLVII, 1927, p. 655. Obs. 7.)

Femme de 41 ans. Depuis très longtemps, douleurs de l'hypocondre droit à type de coliques presque journalières.

Opération le 25 juin 1925. Sténose de la papille par calcul. Les tissus ne prêtant pas et étant friables, la réunion directe est impossible.

C. D. S. médiate sur prothèse caoutchoutée.

Suites. Guérison. Elimination du tube non remarquée. A souvent des crises douloureuses sans ictère ni température. Elle travaille. A pris 25 livres en deux ans.

— Dans un cas : fistule persistante minime ne compromettant pas la vie et permettant une existence presque normale.

OBS. 81. — WILMS.

(*Berlin Klin. Wochen.*, t. LXIX, 1912 ; *Thèse* de Rogez, Lille, 1938.)

Femme de 52 ans. Eclomie pour lithiasé. Fistule biliaire intermittente avec fièvre et ictère.

Opération : Rétrécissement cicatriciel de l'hépatique.

H. D. S. médiate. Anastomose sur prothèse caoutchoutée entre l'orifice de la fistule sur l'hépatique et le duodénum (enfouissement à la Witzel).

Suites (15 mois). Drain éliminé au bout de 10 jours. Il se forme une large fistule biliaire et duodénale. On fit

une jéjunostomie et peu à peu les fistules se ferment. La guérison persistait 15 mois plus tard, mais il restait une petite fistule biliaire.

En somme on peut considérer que ces trois derniers cas, bien que grevés de quelques incidents ont eu des suites satisfaisantes.

3° Résultats mauvais.

En regard de ces 19 cas favorables nous devons apporter au passif de l'opération un nombre égal de mauvais résultats.

11 malades sont morts.

2 malades sont donnés comme s'aggravant progressivement, les dernières nouvelles laissant prévoir une issue fatale à brève échéance.

5 malades ont pu être guéris ou améliorés par une réintervention.

— Voici tout d'abord cinq observations qui présentent seulement un intérêt clinique car il n'y a eu ni réintervention ni autopsie.

Deux de ces malades n'ont pas fini leur évolution.

OBS. 82. — SIMON.

(*Beitrag z. Klin. Chir.*, t. CXX, 1920, p. 344.)

Femme de 49 ans. Lithiase ancienne. Ictère par rétention depuis 14 jours. Le 29 juillet 1919, intervention.

Opération : Vésicule calculeuse, cholédoque très dilaté, ectomie. On constate alors qu'on a réséqué une partie du cholédoque avec le cystique. Gêné par une hémorragie,

on ne peut retrouver le bout inférieur du cholédoque. H. D. S. médiate, brèche de 3 cm., tube fixé par une soie et enfoui dans le duodénum à la Witzel.

Suites : Excellentes au début. Au 21^e jour, on veut retirer le tube, mais le fil casse : fistule biliaire importante qui diminue lentement. Réintervention deux mois plus tard : on constate que le drain était resté dans le canal, mais qu'il s'était coudé. Ablation du drain : fistule qui se ferme par la suite. Six mois après l'opération : Apparition d'un ictère léger, les selles restant colorées, coïncidant avec les règles. En mars 1920, nouvel ictère foncé avec prurit, mais qui est passager. L'auteur conclut à la formation progressive d'un rétrécissement de plus en plus serré.

OBS. 83. — SEULBERGER et POLLWEIN.

(*Beitrag z. Klin. Chir.*, t. CXXXV, 1927, p. 202.)

Femme de 39 ans. Opérée en 1924 de lithiase vésiculaire. Au cours de l'ectomie, on fait au cholédoque une brèche de un centimètre de long. Mise en place d'un drain de Kehr enlevé le 15^e jour. Quatre mois après : ictère, sténose du cholédoque.

Opération : Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

C.D.S. médiate, le drain implanté dans le duodénum est engagé vers l'estomac avec ouverture latérale dans sa partie duodénale pour permettre à la bile de s'écouler directement dans le duodénum.

Suites (3 mois) : Guérison à 20 jours, tube élimine le 9^e jour. Récidive de l'ictère trois mois plus tard, ce qui prouve qu'un nouveau rétrécissement est en train de se constituer, mais la malade refuse une nouvelle intervention.

Trois malades (dont deux cas français) sont morts respectivement après un délai de 6 mois, 1 an, 1 an.

OBS. 84. — GUIBE.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. XLVIII, 1922, p. 264.)

Femme de 60 ans. Ictère par rétention après longue histoire de lithiasé. Ectomie et drainage du cholédoque en décembre 1915. Fistule totale.

Opération (février 1916) : On ne peut retrouver la voie principale. Ouverture de ce que l'on croit être l'hépatique; gros pancréas; pas de calculs.

H. G. S. médiate.

Suites (6 mois) : Résultat nul tout d'abord, toute la bile s'écoulait à l'extérieur. Puis la fistule se tarit au 18^e jour. Amélioration rapide. En juillet 1916, nouveaux troubles, vomissements, ascite et hématomé. Apparition d'ictère, décès en août avec des signes d'ictère grave.

OBS. 85. — MOURE et SÉNÈQUE.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. LVI, 1930, p. 818.)

Femme de 43 ans. Ictère par rétention après typhoïde. En 1926, ablation d'un gros calcul cholédocien : drain en T. Réapparition de l'ictère trois mois pendant une grossesse.

Opération (11 juillet 1927) : Vésicule exclue ; voies biliaires très dilatées ; on ne peut franchir la papille; rétrécissement cicatriciel. C. D. S. médiate sur prothèse par tube de caoutchouc après l'accouchement.

Suites (1 an) : Suites opératoires très simples; santé parfaite pendant 6 mois. Au 7^e mois, troubles digestifs et subictère puis altération progressive de l'état général ; subictère permanent, clochers fébriles. Décès au bout d'un an avec des signes d'angiocholite et d'ictère grave.

OBS. 86. — FEIST.

(*B. Beit. z. Klin. Ch.*, t. CXXXV, p. 360; Comm. Pers.

Eliot, *Ann. Surg.*, t. CIV, 1936.)

Résection du cholédoque sur 4 cm.

Opération : C.D.S. médiate.

Suites : Va bien pendant un an, puis réapparition des signes de sténose et mort probable peu après.

Il existe des documents plus complets où l'on a pu à l'autopsie mettre exactement en évidence la lésion responsable. Telle l'observation de Gernez qui montre un rétrécissement serré du néocanal.

OBS. 87. — GERNEZ.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. XLVIII, 1922, p. 874;

Idem., t. LVII, 1931, p. 773)

Femme de 69 ans; ictère chronique par rétention; prurit intense; grosse vésicule. Etat général très mauvais.

Opération (11 mai 1922) : Rétrécissement cicatriciel total de la fin de l'hépatique. Cystique, vésicule, cholédoque, englobés dans un magma fibreux; calcul vésiculaire.

H. G. S. médiate sur onde de Nélaton n° 18, implantée dans l'estomac à la Witzel.

Suites (4 ans) : Guérison; on ne voyait plus la sonde sur une radio un mois après l'opération. Va bien pendant 4 ans, puis récurrence de l'ictère et mort en un mois.

Autopsie : Rétrécissement serré de la partie moyenne du néo-canal.

Telles sont les observations de Desplas et de Jencel où le néocanal était perméable. Dans un cas le tube était resté en place mais les voies intrahépati-

ques étaient remplies d'une bile purulente. Il s'agissait donc d'un syndrome d'angiocholite ascendante pur.

OBS. 88. — DESPLAS, DALSACE et MEILLÈRE.
(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. LVI, 1930, p. 776;

Id., t. LVII, 1931, p. 770.)

Homme de 62 ans; lithiase vésiculaire; pancréatite chronique, compression des voies biliaires, subictère, gros foie, grosse vésicule. Stomie en janvier 1930 suivie d'ictère foncé avec selles décolorées.

Opération (4 février 1930) : Enorme tumeur pancréatique; oblitération du cystique. H. G. S. médiate sur onde de Pezzer dont le capuchon est introduit dans l'hépatique et l'autre extrémité implantée à la Wazel dans le duodénum.

Suites (5 mois) : Suites excellentes pendant trois mois. En mai 1930, l'état général décline, ascite, mort de cachexie au mois de juillet de la même année.

Autopsie : Cancer du pancréas. La sonde intacte est restée en place dans un canal fibreux. Elle n'est pas recouverte de dépôt. Le néo-canal, long de 8 cm., était épithérialisé sur tout sa longueur, sauf sur 5 mm. à sa partie moyenne. Canaux intra-hépatiques dilatés et pleins de pus. Petits calculs, abcès biliaires.

OBS. 89. — JENCKEL.
(In Eliot, *Ann. Surg.*, 1936; *Deut. Zeit. f. Chir.*, t. CIV, 1910, p. 40.)

Résection du cholédoque sur 7 cm., au cours d'une ectomie.

Opération : H.D.S. médiate sur tube de caoutchouc.

Suites (11 ans) : Pendant six ans, crises d'angiocho-

lite légère qui cédaient au traitement médical. Allait bien onze ans après, aucun trouble. L'année suivante : apparition d'ictère et décès.

Autopsie : Le néo-canal était perméable quoique un peu rétréci. Abscès du foie avec cirrhose biliaire (pas d'examen histologique du canal).

Une autre observation doit être rapprochée des cas que nous venons de rapporter : les lésions sont identiques mais un calcul est venu obturer l'orifice d'implantation duodénale. Il s'agit peut-être d'une précipitation calculeuse secondaire à l'angiocholite. Ce peut être également une angiocholite au-dessus d'une occlusion calculeuse. De toute façon on ne peut conclure.

OBS. 90. — HAGLER.

(S. G. O., t. XXVI, 1918, p. 689.)

Femme 38 ans, 18 octobre 1915.

Fistule cholécysto-duodénale, ectomie, fermeture duodénale, gastro au bouton. Fistule duodénale, fistule biliaire totale.

Opération (13 janvier 1916) : Blessure de la voie principale avec perte des substances de deux centimètres. On ne peut retrouver le bout distal du cholédoque.

H. D. S. médiate sur sonde n° 17; brèche de 2 cm.; épiploplastie.

Suites (9 mois) : Elimination du tube après neuf semaines. Etat général excellent pendant sept mois; puis, signes d'angiocholite, douleurs, température et ictère, entraînant la mort en deux mois.

Autopsie : abcès multiple du foie, bile purulente. Le canal néo-formé est perméable, mais un calcul gros com-

me une cerise obturait l'implantation duodénale. Epithélium complet dans le néo-canal.

Dans tous ces cas l'évolution fut abandonnée à elle-même mais plusieurs fois des tentatives opératoires nouvelles furent faites : drainage externe, nouvelle prothèse caoutchoutée ou création d'une anastomose régulière directe par affrontement des deux viscères.

Les opérations de drainage externe ont été désastreuses.

Citons tout d'abord l'observation de Tuffier.

OBS. 91. — TUFFIER.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. XLVIII, 1922, p. 150.)

Femme de 60 ans; phlegmon biliaire gangréneux suivi de fistule totale que l'on tente de fermer deux mois après.

Opération (1907) : Bloc fibreux cicatriciel où l'on ne reconnaît rien de la voie biliaire. Destruction étendue du cholédoque.

C. D. S. médiate sur prothèse caoutchoutée : tube fixé à un fil sortant par la plaie.

Suites (2 ans) : Ablation du tube le 20^e jour. Reste guérie pendant deux ans, mais présente de temps en temps des douleurs et un peu de fièvre. Cependant, bon état général. Puis, rétention biliaire avec ictère progressif et phénomènes infectieux qui obligent à faire un nouveau drainage externe.

Décès peu après, d'infection et d'insuffisance hépatique.

Il en est de même des deux cas de Brewer et celui de Jenckel.

OBS. 92. — BREWER.

(*Tr. Am. Surg. Ass.*, 1910, p. 308; *S. G. O.*, t. XIV, 1912, p. 433; *Comm. pers.*, Eliot, 1918.)

Ectomie suivie de fistule biliaire.

Opération : La dissection de la fistule mène sur l'hépatique. Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

H. D. S. médiate; épiplooplastie.

Suites : Bonnes au début. Drain non retrouvé. Récidive des signes de sténose au bout d'un mois, avec signes d'infection.

Mort après une réintervention faite en plein ictère par rélention (péritonite).

OBS. 93. — BREWER.

(*Ann. Surg.*, t. LI, 1910, p. 830; *S. G. O.*, t. XIV, 1912, p. 439.)

Femme de 35 ans; long passé lithiasique; cholécystite aiguë gangréneuse. Ectomie le 30 novembre 1909 suivie de fistule biliaire totale avec ictère et angiocholite.

Opération (mars 1910) : La voie biliaire principale est complètement détruite; on ne retrouve que le bout supérieur de l'hépatique.

H. D. S. médiate sur prothèse caoutchoutée.

Suites (2 mois) : D'abord excellentes; pas de fistule. La malade reprend des forces rapidement et a un appétit « dévorant ». Petites poussées de température le 16^e et le 31^e jour après l'opération. Le 36^e jour, frissons, fièvre élevée, et ictère léger pendant deux jours. Sort guérie le 40^e jour.

Dix jours après, de nouveau, frissons, température et reprise de l'ictère; selles décolorées par intermittence, puis tout cesse.

L'auteur pense que deux mois après l'opération, après élimination du tube qui n'est pas visible à la radio et

dont la date d'élimination est inconnue, le néo-canal fonctionne encore, mais qu'il est considérablement rétréci. En 1912, Brewer signale, sans préciser la date, qu'il est apparu un ictère par rétention et que la malade est morte après une réintervention au cours de laquelle on ne put rien faire.

OBS. 94. — JENCKEL.

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. CIV, 1910, p. 40; Eliot, *Ann. Surg.*, 1936.)

Résection du cholédoque pendant une ectomie, brèche de 3 à 4 cm.

Opération : C. D. S. médiate.

Suites : Récidive du rétrécissement six mois plus tard. Réintervention. Mort de péritonite biliaire. Le tube était en place, mais avait glissé et il s'était formé un rétrécissement au-dessus.

Nous avons retrouvé trois cas de prothèse itérative.

1 cas avec un bon résultat,

1 cas avec un résultat médiocre.

OBS. 95. — WILMS.

(*Berlin Klin. Wochen.*, t. LXIX, 1912; *Thèse de Rogez*, Lille 1938.)

Ectomie : Fistule biliaire avec fièvre. Six jours après, suture bout à bout sur drain perdu du cholédoque sectionné. Nouvelle fistule. Quatre mois plus tard, nouvelle suture bout à bout sur tube sortant du duodénum à la Voelker. Echec. Sept mois plus tard : opération.

Opération : C. G. S. médiate. Le tube était coudé, désunion sur 2 cm. Anastomose entre l'orifice de la fistule et l'estomac, enfouissement à la Witzel.

Suites : Guérison. Mais récurrence rapide de l'ictère. Trois mois après, nouvelle intervention : on découvre avec beaucoup de peine un conduit biliaire dilaté, on y introduit un tube long de 8 cm. qu'on implante dans l'estomac (2° C. G. S. médiate). Guérison qui se maintenait sept mois plus tard.

OBS. 96. — GULEKE (*Comm. pers.*, mars 1939.)

Femme de 43 ans; crises lithiasiques depuis 1921; ectomie difficile en 1921. Calculs dans la vésicule. En 1922, ictère.

Opération : Sténose complète du cholédoque dans sa partie inférieure. C. D. S. médiate sur tube de caoutchouc implanté à la Witzel.

Suites : Élimination du drain à la 6^e semaine; puis récurrence de l'ictère. Nouvelle anastomose médiate entre l'hépatique et le duodénum sur drain en T, car l'anastomose directe est impossible (brièveté et étroitesse du canal). Depuis, fréquentes crises douloureuses avec ictère (rétrécissement ou angiocholite ?).

Radio : Reflux léger ; on voit un trait fin réunissant le duodénum et les voies biliaires. (Suites de plusieurs années sans dates précises.)

Le 3^e est particulièrement intéressant car cette observation montre la tendance invétérée du néocanal à se rétrécir.

OBS. 97. — WALZEL.

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 225, 1930, p. 168.)

Femme de 21 ans ayant subi une H. G. S. directe, puis trois H. G. S. médiales pour sténose secondaire. Lithiasie vésiculaire. Le 6 avril 1927, ectomie suivie de fistule to-

tale. Lipiodol : rien ne passe dans le duodénum. Deuxième opération le 25 mai 1927 : sténose cicatricielle.

Première opération : H. G. S. directe par implantation, suivant la méthode transduodénale de Woelcker. Le drain sortant à la Witzel.

Suites : Ablation du tube la 4^e semaine; guérison pendant 10 mois. Revient le 5 juillet 1928, soit 14 mois après l'opération : ictère par rétention ; selles décolorées. On pense à une sténose de l'anastomose.

Deuxième opération (16 juillet 1928) : Sténose cicatricielle au niveau de la bouche anastomotique. Incision; bile purulente ; pas d'obstacle du côté du foie.

H. G. S. médiate sur tube de 10 cm. dépassant largement dans la cavité gastrique et poussé dans le duodénum. Guérison rapide. Elimination du tube 4 mois plus tard; mais huit semaines après, frissons, température, douleurs et ictère.

Troisième opération (19 septembre 1929) : Rétrécissement au niveau de la prothèse précédente ; bile purulente; nouvelle H. G. S. médiate sur tube de 8 cm. sur lequel on rabat la paroi gastrique. Guérison ; amélioration très rapide. Revient le 21 février 1930 ; a été très bien pendant 11 mois, puis de nouveau, signes de sténose; on ne voit plus le tube en place à la radio.

Quatrième opération : Nouveau rétrécissement serré du néo-canal. On finit par retrouver ce qui reste de l'hépatique, réduit à une petite poche sous le foie. La sténose siège au niveau de l'orifice d'implantation gastrique. Nouvelle H. G. S. médiate sur tube en T.

Suites : Hémorragie importante, fistule biliaire et gastrique; jéjunostomie, décès quatre semaines après l'opération.

A côté de ce cas, l'observation de Naegeli dans laquelle sans refaire une anastomose on dût réintervenir plusieurs fois et faire une plastie de la bouche

montre qu'on ne doit pas toujours compter sur l'épithélisation du néocanal. En effet il dut deux fois ré-intervenir et curetter l'orifice d'implantation duodénale qui était obturée par du tissu de bourgeonnement. Ce n'est qu'après avoir un tube en T en place pendant plus de 2 ans que l'épithélialisation semble s'être produite.

OBS. 98. — NAEGELI.

(*Zent. f. Chir.*, t. LIV, 1927, p. 3220.)

H. 34 ans. Ectomie en avril 1922 pour lithiase vésiculaire suivie d'ictère quelques jours après. Réintervention le 17 juin 1922. Tissu cicatriciel enserrant la cholédoque : on arrive à trouver la voie biliaire principale, le passage paraît libre. Mise en place d'un tube en T. Guérison. Ablation du drain. Revient le 2 juillet 1923 avec un ictère foncé, selles décolorées.

Opération le 4 juillet 1923 (Garré) : Adhérences serrées, cholédoque complètement sclérosé réduit à du tissu cicatriciel. Sténose totale s'étendant jusqu'à l'hépatique. On finit par trouver le canal hépatique droit près du hile. L'hépatique ne mesure qu'un centimètre.

H. D. S. médiate sur prothèse car on ne peut mobiliser le duodénum.

Suites. Guérison. Radio le 26 juillet 1923 : selles colorées, le drain est en place.

Revient le 4 février 1924 : Est allé bien jusqu'en septembre 1923, puis nombreuses crises douloureuses avec fièvre et ictère foncé. Il se forme un nouveau rétrécissement.

Le 7 février 1924, réintervention : On trouve une sténose cicatricielle à un centimètre au-dessus de l'orifice d'implantation duodénale. Incision du néo-canal qui est

occupé par un tissu de granulations bourgeonnant qui l'oblitére. Curettage et mise en place d'un nouveau tube tenu par une soie.

Revient en juillet 1924 pour un nouvel ictère par rétention. Nouvelle intervention le 3 juillet 1924 : Nouvelle sténose de l'orifice d'implantation duodénale. Pas de calcul. La bouche est occupée par un tissu de granulations cicatricielles que l'on curette à nouveau. On termine par la mise en place d'un tube en T pénétrant dans le duodénum. Ce tube fut laissé en place deux ans et demi et fut fermé par intermittence. Il finit par s'éliminer.

Le 22 mars 1927 : On ferme la petite fistule biliaire et duodénale qui demeurait après le départ du tube.

Guérison depuis six mois.

L'auteur en conclut que l'épithélialisation du nouveau canal n'est pas un phénomène constant et il rappelle les conclusions analogues qu'ont fait Seulberger et Pollwein : au point de vue expérimental, chez le chien, ils ont toujours eu des échecs et n'ont jamais observé d'épithélium au niveau du canal néo-formé.

Mais la seule solution logique est, devant l'échec d'une prothèse caoutchoutée, de faire l'impossible pour réaliser quand même une anastomose directe. Deux cas viennent montrer la valeur de cette thérapeutique. Ils permettent de faire le parallèle chez un même malade des résultats que peuvent donner l'anastomose directe et l'anastomose médiate par prothèse : ils viennent, avec toute la rigueur des faits expérimentaux, affirmer la médiocre valeur de l'anastomose médiate.

OBS. 99. — DAVID, Prague, 1932 (Obs. 1).

Femme de 21 ans. Syndrome douloureux épigastrique mal défini, on hésite entre lithiasé ou ulcé.

Opération le 13 septembre 1921. Exclusion du pylore et cholécystectomie. Ictère trois jours après l'opération.

Opération le 29 septembre 1921. On a fait une résection accidentelle de tout l'hépatique et d'une partie du cholédoque pendant l'ectomie. L'H. D. S. directe est impossible.

H. D. S. médiate à la Wilms sur drain de 14 cm. et de 5 mm. de diamètre tenu en son milieu par un fil de soie.

Suites : Disparition rapide de l'ictère. En juin 1922 (9 mois après l'opération), élimination du tube de prothèse. En 1924, température à 39°, frissons, subictère et douleurs, les accès se répètent jusqu'en mai 1925, puis apparition d'ictère foncé qui devient définitif.

Réintervention le 4 mai 1926 : Rétrécissement du néo-cholédoque. Isolement du moignon hépatique qui est très dilaté : H. D. S. directe terminolatérale.

Suites : Guérison rapide. En septembre 1931, frissons, douleurs sous-hépatiques, température à 38° et vomissements pendant deux jours. Depuis, aucun trouble. Quatre ans et demi.

Radio : le 14 décembre 1931, pas de reflux, même en décubitus latéral droit.

OBS. 100. — ERDMANN.

(*Am. Journ. Surg.*, mai 1924; *South Surg.*, 1935, 180; *Comm. pers.*, Eliot, 1936.)

Le 14 juin 1917, résection du cholédoque pendant une ectomie. Fistule biliaire.

Opération : H. D. S. médiate sur tube, le 3 décembre 1917.

Suites : Le tube s'élimine au bout d'un mois. Va très bien jusqu'au 14 novembre 1918. A ce moment : angiocholite par crises durant dix jours, puis ictère (Rétrécissement secondaire.)

Deuxième opération le 9 décembre 1918 : H. D. S. directe sur tube. Elimination du tube quatre mois plus tard; revu en bonne santé cinq ans après. Le 6 novembre 1923, a pris 30 kg. Dix-sept ans après, aucun trouble.

Nous voudrions enfin mettre à part une observation dans laquelle, sans rechercher ce but, le chirurgien compléta une anastomose médiate par une intervention dont nous verrons la valeur comme méthode de prévention de l'angiocholite ascendante. Simon ayant constaté, après l'établissement de l'anastomose, une coudure du duodénum qui était attiré vers le haut, la compléta par une exclusion du pylore. Nous ne citons ce fait que pour mémoire car les suites ne comportent pas de résultat éloigné.

OBS. 101. — SIMON.

(*Beitrag z. Klin. Chir.*, t. CXX, 1920, p. 344; *Thèse* de Rogez, Lille 1938.)

Femme de 55 ans, vue le 15 janvier 1920. Ictère par rétention avec grosse vésicule.

Opération le 17 janvier 1920 : Grosse vésicule calculeuse exclue. Cholédoque dilaté, comprimé par une tumeur pancréatique. On constate qu'il existe un cholédoque double allant aux canaux hépatiques droit et gauche et se continuant derrière le pancréas. La vésicule étant inutilisable, on introduit un tube dans chaque canal et on les conduit dans un orifice unique dans le duodénum. Epiplooplastie. Comme le duodénum était fortement

coudé par l'anastomose et comprimé par la tumeur, on fait une exclusion du pylore avec large gastro. (En somme, C. D. S. médiate atypique avec exclusion pylorique).

Suites : Guérison rapide sans incidents. Allait très bien trois mois après, aucun trouble. A pris 5 kg. On fait de la radiothérapie profonde sur la tumeur.

De l'analyse de ces documents, qui malheureusement ne sont pas aussi complets que nous le désirerions, se dégage très nettement la notion de l'infériorité de la technique de la prothèse caoutchoutée. Elle expose à l'angiocholite ascendante comme toutes les anastomoses des voies biliaires et nous avons apporté des faits irréfutables où, en dehors de toute sténose, le foie était transformé par l'angiocholite en une éponge de pus. Mais surtout le gros risque est celui du rétrécissement secondaire. Qu'il s'agisse d'angiocholite ou de rétrécissement le tableau clinique est pratiquement le même et l'on assiste au retour des phénomènes infectieux et de l'ictère avec ou sans crises douloureuses après un délai variable, de quelques mois à plusieurs années.

Cette oblitération du néocanal peut être due à l'incrustation du tube demeuré longtemps en place. Il semble que cet accident soit rare. Le plus souvent il se produit un rétrécissement cicatriciel après l'élimination du tube par défaut d'épidermisation du trajet intermédiaire.

Contrairement à l'expérimentation les faits, peu nombreux mais démonstratifs, recueillis au cours d'autopsie ou de réintervention sont là pour dire qu'il ne faut pas compter de façon régulière sur la constitution d'un revêtement épithélial continu. Il

suffit en effet qu'un point persiste le tissu de bourgeonnement pour qu'il se crée un rétrécissement cicatriciel.

Sans vouloir établir un pourcentage, car le petit nombre de cas retrouvés est insuffisant pour pouvoir juger, constatons simplement que sur 39 cas d'anastomose médiate il y a eu 19 bons résultats, et 19 mauvais : un cas (obs. 101) n'ayant pas de suites éloignées.

Parmi les 19 mauvais résultats : on compte 11 décès, 5 réinterventions et 2 aggravations progressives.

Nous pouvons donc conclure qu'il faut abandonner l'anastomose médiate sur prothèse caoutchoutée toutes les fois qu'une autre technique est possible et, même si les deux viscères ne peuvent être juxtaposés, il est des procédés comme celui de Goetze ou de Walton qui, taillant un lambeau sur le duodénum ou l'estomac permettent d'arriver au contact d'un court segment de canal biliaire qu'il est impossible de mobiliser au niveau du hile hépatique.

Si les conditions techniques n'ont pas permis de faire autre chose, il importe de surveiller attentivement les opérés et de réintervenir à la première alerte sans attendre d'avoir la main forcée par la gravité de l'angiocholite avec un état général trop mauvais. Au cours de ces réinterventions il sera parfois possible de faire mieux qu'à la première opération, le duodénum et le moignon hépatique auront pu se rapprocher et une anastomose directe, aidée au besoin par l'un des artifices plastiques que nous avons signalés, pourra donner pour l'avenir de meilleures conditions fonctionnelles.

CHAPITRE II

LES ANASTOMOSES DIRECTES DU TYPE TERMINO-LATERAL POUR OBLITERATION HAUTE DU CHOLEDOQUE

Que l'anastomose soit faite par implantation du canal sectionné, qu'elle soit réalisée par suture de l'extrémité d'un moignon dilaté de l'hépatique au-dessus d'un obstacle, ou encore que le rapprochement des deux organes étant impossible il ait fallu tailler un lambeau duodénal pour assurer l'abouchement direct (procédé de Goetze, de Walton), la caractéristique fonctionnelle est la même ; il n'existe plus en aval de l'abouchement de cul-de-sac biliaire qui, du fait de la stagnation biliaire, serait pour certains le point de départ d'une infection (Kehr insistait déjà sur ce point et les travaux radiologiques récents ont montré la réalité de cette hypothèse). Du point de vue technique, pourvu que les deux viscères soient réunis par une suture directe, il importe peu que celle-ci soit faite ou non sur un tube conducteur. Il importe peu également que ce tube aille ressortir à l'extérieur par une duodénostomie à la Woelcker ou encore que l'anastomose soit réalisée sur un tube en T dont la branche verticale sert pour un drainage de sécurité. Sans doute existe-il quelques observations où un

drain perdu, fixé ou non par un fil résorbable au canal biliaire, ne s'est pas éliminé. Dans ces cas il a pu entraîner par sa persistance ou par son incrustation par des sels biliaires, des troubles divers : phénomènes douloureux d'intolérance, angiocholite ou même parfois véritable ictère par rétention ; c'est en fait une éventualité exceptionnelle.

Toutes les techniques proposées pour réaliser ces implantations aboutissent au même résultat : la mise en contact des deux muqueuses duodénale et cholédocienne par une suture aussi soigneuse que possible. Cependant, dans les cas difficiles, on doit savoir employer les opérations plastiques qui, en permettant de combler de petites brèches, augmentent le champ des anastomoses directes.

Avant de donner les statistiques se rapportant à cette variété d'anastomose, rappelons que l'anastomose termino-latérale s'oppose aux anastomoses latéro-latérales qui, elles, au contraire, s'accompagnent de la formation d'un cul-de-sac exclus au-dessous de l'anastomose.

Après avoir rapporté rapidement les quelques cas rares où l'anastomose de l'hépatique a été réalisée avec le jéjunum ou l'estomac, nous consacrerons la plus grande partie de ce chapitre aux hépatico-duodénostomies. Dans cette catégorie, les faits que nous avons réunis sont assez comparables car ils se rapportent presque tous à une étiologie commune ; en effet, l'obstacle est le plus souvent une sténose traumatique : le rétrécissement cicatriciel post-opératoire après cholécystectomie.

A. — Anastomoses de l'hépatique avec le jéjunum ou l'estomac

Il s'agit là de techniques rarement utilisées ; nous pensons qu'il est opportun de mettre à part des faits de cet ordre.

a) HÉPATICO-JÉJUNOSTOMIES.

Parmi les 5 résultats éloignés que nous avons pu colliger se trouvent 2 bonnes guérisons.

OBS. 102. — ENDERLEN (*Chirurg.*, 1936, p. 345).

Ectomie il y a 3 ans. Sténose grave du cholédoque.

Opération : Libération difficile du moignon de l'hépatique qui est implanté dans une anse jéjunale passée à travers le mésocôlon et exclue par une entéro-anastomose au pied de l'anse.

C. J. S. Directe sur tube par implantation.

Suites (11 ans) : On ignore ce qu'est devenu le tube. Allait très bien onze ans après l'opération.

OBS. 103. — KAUSCH.

(*Arch. f. Chir.*, t. XCVII, 1912, pp. 249 et 574.)

Homme de 52 ans, atteint d'un pouls lent permanent. Ictère par rétention après coliques hépatiques. Première opération : 26 mai 1910, cholédoque gros comme le doigt ; vésicule scléro-atrophique sans calcul ; pancréas induré ; ganglions ; pas de calculs ; drainage du cholédoque, suivi de fistule ; matières décolorées, température.

Opération (30 juillet 1910) : Anastomose cholédoco-jéjunale atypique suivant un procédé décrit par l'auteur :

une anse grêle exclue dont le calibre est rétréci par plicature est amenée au voisinage de l'orifice fistuleux. Implantation de l'orifice dans l'intestin sur petit tube tenu par un fil permettant de le retirer. On n'a rien trouvé qui explique la persistance de la fistule.

Suites : Suppuration pariétale. Ablation du drain au 16^e jour suivie de fistule biliaire et intestinale. Le 27 août 1910, fermeture opératoire de la fistule. Guérison. Le malade s'est remis à travailler en novembre. En décembre, avait pris 14 kg. Pas d'ictère, selles et urines normales, pas de douleurs. En 1911, continue à aller très bien (80 kg.); examen négatif. En 1912, continue à aller très bien (90 kg.); restreint son alimentation pour ne pas trop engraisser.

Au chapitre des bons résultats nous devons ajouter l'observation suivante. Bien que le malade ait dû être réopéré pour une occlusion, il allait bien 4 ans après l'anastomose, mais il n'est pas interdit de penser que la technique jéjunale ait eu une part de responsabilité dans l'évolution de l'iléus.

OBS. 104. — FRIEDRICH.

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. CCXLVII, 1936, p. 247.)

Homme; en 1924, intervention pour gros ulcère duodénal au cours de laquelle on fait une section du cholédoque. On fait une cholécysto-duodénostomie; guérison. En 1929, trois crises de coliques avec frissons et ictère. Puis, va bien pendant un an. En 1932, coliques, frissons, ictère.

Opération (16 mars 1932) : L'anastomose vésiculaire existe encore, mais elle est très rétrécie (calibre d'une épingle); il n'en reste rien du cholédoque hépatico-jéjunostomie par implantation, après libération de l'hépa-

tique dilaté contenant des calculs et exclusion par entéro-anastomose.

Suites (4 ans) : Bonne guérison, malgré une occlusion qui nécessite une réintervention au 5^e mois. Revu en avril 1936, pas de nouveaux troubles.

Un cas a présenté de petits troubles passagers qui paraissent dus à une angiocholite légère.

OBS. 105. — DAHL.

(*Zentr. f. Chir.*, t. XXXVI, 1909, p. 266.)

Femme de 61 ans; coliques hépatiques anciennes; ectomie en janvier 1908; fistule biliaire totale.

Opération (7 mai 1908) : Bloc cicatriciel; on ne peut retrouver la voie biliaire au-dessous de l'hépatique.

H. J. S. L'anastomose est faite avec une anse grêle exclue par une anastomose termino-latérale de l'intestin et passée à travers le mésocôlon.

Suites (8 mois) : Petite fistule au début ; à partir du 8^e jour, douleurs épigastriques fièvre, décoloration intermittente des matières. Celles-ci deviennent normales au bout de cinq mois, mais frissons, fièvre et ictère léger de courte durée. Sort en juillet en bonne santé. En septembre 1908, la malade a eu un léger ictère vite passé (angiocholite ?). Le 12 janvier 1909, elle va tout à fait bien et peut travailler.

Un malade est mort d'abcès du foie après angiocholite ascendante 2 ans après l'opération.

OBS. 106. — NORDMANN

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. CI, 1913, p. 1061; *Zent. f. Chir.*, t. LI, 1924, p. 951)

F. 25 ans. En janvier 1912, coliques hépatiques avec fièvre, frissons et ictère. Le 8 novembre 1912 : ectomie,

au cours de laquelle on fait une résection accidentelle du cholédoque. Suture bout à bout et drainage de l'hépatique. Mais formation rapide d'une sténose cicatricielle.

Opération le 6 février 1913 : Hépatico-jéjunostomie sur tube par la méthode du drainage transjéjunal de Voelcker.

Suites : Guérison opératoire en trois semaines. Tube enlevé la 5^e semaine. Guérison qui paraît définitive trois mois plus tard.

Deux ans après l'opération, décès d'abcès du foie après angiocholite ascendante.

b) ANASTOMOSES GASTRIQUES :

Là encore, nous croyons devoir mettre à part les faits de cet ordre qui sont peu nombreux. Sur 10 cas, nous avons 4 bons résultats, 1 résultat imparfait, 4 résultats médiocres marqués par des crises d'angiocholite. Enfin 1 cas de mort par angiocholite suppurée.

OBS. 107. — HOLBAUM.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. CLXXIII, 1932, 693; *LVI^e Congrès allemand de Chirurgie.*)

Homme de 54 ans. Rétrécissement cicatriciel complet de l'hépto-cholédoque.

Opération : H. G. S.

Suites (12 ans). Radio : Reflux, remplissage complet de toutes les voies intra-hépatiques qui apparaissent di-

latées, on voit de plus une large communication entre le miognon hépatique et l'estomac. Etat excellent.

OBS. 108. — HOLBAUM.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. CLXXIII, 1932, 693; *LVI^e Congrès allemand de Chirurgie.*)

Femme de 35 ans. Sténose cicatricielle de l'hépto-cholédoque.

Opération : H. G. S.

Suites (12 ans) : S'est mariée deux ans après l'opération et a eu depuis, deux enfants.

Radio : Un premier cliché ne montrait pas de reflux, mais un second pris deux heures plus tard montrait du reflux dans les branches droite et gauche de l'hépatique.

OBS. 109. — O' DAY.

(*Ann. Surg.*, t. LXXI, 1920, p. 293; *Comm. pers.*, Eliot, 1918.)

Femme ayant eu de nombreuses coliques hépatiques, suivies d'ictère.

Opération : On trouve une perforation du cholédoque conduisant dans une poche enkystée de l'arrière-cavité des épiploons, contenant de la bile et un calcul. Essai de libération du cholédoque qui se rompt complètement au-dessus d'un bloc inflammatoire. Vésicule exclue, scléreuse.

C. G. S. par implantation.

Suites (11 ans) : Allait très bien six ans après, aucun trouble digestif. Etait toujours en excellent état 11 ans après et avait engraisé de 40 livres.

OBS. 110. — SCHMIDT.

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 140, 1917, p. 275; t. 141, 1917, p. 420.)

H. 61 ans : Dyspepsie ancienne. En 1916 : syndrome de lithiasé cholédocienne avec ictère, amaigrissement, gros foie.

Opération le 7 mars 1916 : Vésicule et cholédoque dilatés, hypertrophie et induration de la tête du pancréas, calculs du cholédoque. Pancréatite avec rétrécissement cicatriciel. Comme il existe un calcul du cystique, l'anastomose vésiculaire est impraticable, aussi C.G.S. directe sur tube et ectomie.

Suites : Guérison. Puis apparition d'un lympho-sarcome avec métastases multiples. Auparavant on avait fait une gastro pour vomissements bilieux au cours de laquelle on avait constaté la persistance de la tumeur pancréatique. Malgré la radiothérapie, décès 13 mois après l'intervention de cachexie.

Autopsie : Anastomose perméable et cathétérisable à la sonde.

OBS. 111. — GOSSET.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir., Paris*, t. ILIV, 1923, p. 604; *Thèse* de Lubin, Paris, 1926.)

Femme de 49 ans; coliques hépatiques anciennes avec ictère et température. Ectomie pour calculs et drainage du cholédoque en 1922. Fistule biliaire presque totale, sept semaines après.

Opération (24 janvier 1923) : Rétrécissement cicatriciel du cholédoque au niveau du carrefour.

H. G. S. par implantation en deux plans à la soie.

Suites (3 ans) : Guérison; léger écoulement de bile pendant trois semaines; douleurs de l'hypochondre droit

pendant les 5^e et 6^e mois, ayant cessé spontanément. Revue le 31 janvier 1926; état général excellent; a pris 18 livres, jamais d'ictère; pas de vomissements; digestions un peu pénibles; constipation.

OBS. 112. — SAVARIAUD.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir., Paris*, t. ILVIII, 1922, p. 865.)

Femme de 58 ans; ectomie rétrograde pour calculs en mars 1920, suivie de fistule biliaire totale; selles décolorées.

Opération (20 avril 1921) : Sténose cicatricielle de la fin de l'hépatique dont le bout inférieur est introuvable.

H. G. S. par implantation sur drain, n° 15.

Suites (13 mois) : Fistule tarie en 8 jours; drain éliminé le 10^e jour; 13 mois après, la malade est bien portante, « mais elle a été plusieurs fois malade, sans que l'on ait pu savoir nettement si elle avait eu ou non de l'ictère, donc pas de guérison certaine ».

OBS. 113. — WALTERS W.

(*S. G. O.*, t. ILVIII, 1929, p 305.)

Femme de 49 ans; ectomie en 1922, ictère intermittent avec douleurs et prurit depuis l'opération.

Opération (22 juillet 1927) : Rétrécissement cicatriciel de l'hépto-cholédoque. C. G. S. avec drainage du cholédoque par tube en T.

Suites (1 an) : Guérison simple, élimination du drain, en octobre 1927. Le 8 décembre 1927, apparition de frissons, fièvre, ictère, sans douleurs.

OBS. 114. — HINTON.

(*Arch. of Surg.*, t. XX, mars 1930, p. 447; *Ann. of Surg.*, t. ICVII, 1933, p. 123.)

Femme de 48 ans; ectomie en octobre 1928; en juin 1929, ictère avec prurit et douleurs, peu après l'intervention.

Opération (le 3 juillet 1929) : Rétrécissement cicatriciel, haut situé sur l'hépatique qui est très dilaté. Cholédoque complètement oblitéré, pas de calculs.

C. G. S. latéro-latérale.

Suites (1 an) : Guérison rapide; sort le 20^e jour; revue le 11 novembre 1929 allant « parfaitement bien ». Pas d'ictère, a pris 8 kg. Revient un an après avec prurit et ictère; on fait un drainage biliaire (angiocholite ?).

Mort subite par embolie.

OBS. 115. — HOAG.

(*S. G. O.*, t. LXIV, 1937, p. 1051.)

Femme de 55 ans; lithiasie ancienne, ectomie en janvier 1930; douleurs avec ictère en juillet 1930. ,

Opération : Août 1930; canal hépatique gauche très dilaté qui est rompu pendant sa libération. Cholédoque non retrouvé dans les adhérences semblant oblitéré.

H. G. S. Anastomose du canal hépatique gauche avec cône muqueux suivant le procédé de l'auteur.

Suites (6 ans) : Pendant la première année, la malade a eu trois accès d'angiocholite (frissons, fièvre et ictère) dont le plus long dura quinze jours. Depuis, indigestions de temps à autre, mais aucun autre trouble. Excellent état général, six ans après.

OBS. 116. — MONDOR.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. LVII, 1931, p. 734.)

Femme de 66 ans; ictère par rétention, sans douleurs ni température; gros foie; prurit intense pour lequel on opère.

Opération (22 août 1922) : Vésicule affaissée; cancer du confluent hépato-cystique très adhérent; ganglions. Hépatique très dilaté. Incision de la tumeur; aspect de rétrécissement cicatriciel. Pas de résection.

H. G. S. latéro-latérale sur tube à la suture.

Suites (6 mois) : Va bien pendant 4 mois ; reprend 10 kg.; apparition d'ictère le 18 janvier 1923 qui fonce progressivement avec température oscillante. Angiocholite suppurée. Mort rapide en quelques semaines. Autopsie : tumeur de petit volume. Les voies biliaires au-dessus de l'anastomose sont remplies de pus. L'anastomose est parfaitement perméable. Affrontement muqueux intact, non envahi par le néoplasme. Le tube n'a pas été retrouvé.

B. — Hépatico-duodénostomies termino-latérales

Il nous a été permis de retrouver 94 observations utilisables pouvant être groupées sous cette rubrique. Parmi celles-ci 90 cas sont suivis plus d'un an, 4 autres mentionnent des suites moins éloignées, mais il a été pratiqué dans ces cas des examens fonctionnels intéressants.

1° Résultats parfaits.

Un peu moins de la moitié de ces cas : 40 observations, comporte un résultat parfait.

Voici tout d'abord un malade resté parfaitement guéri, pendant 2 ans, puis décédé plus tard d'un cancer gastrique. Il est évident que l'anastomose n'est pour rien dans la cause de la mort.

OBS. 117. — Mac ARTHUR.

(*Comm. pers.*, Eliot, 1918, *S. G. O. T.*, 26.)

Stomie puis ectomie suivie de rétrécissement cicatriciel du cholédoque. Malade vu en 1908 avec une fistule intermittente alternant avec de l'ictère.

Opération (en 1908) : La fistule conduit au milieu de la voie principale qui avait été sectionnée. On ne retrouve pas le bout distal du cholédoque. Foie légèrement cirrhotique.

H. D. S. par implantation sur tube.

Suites (2 ans). Tube éliminé au bout de huit semaines. Décès deux ans plus tard d'un cancer gastrique.

Puis 9 guérisons remarquables suivies pendant un délai de 22 ans à 12 ans.

OBS. 118. — DOBERER.

(*Wiener Clin. Wochen.*, 1917; *Congrès allemand de Chirurgie*, 1938; *Comm. pers.*)

Femme de 48 ans; en 1916, ectomie suivie de fistule puis d'ictère et d'angiocholite.

Opération (en 1913) : Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

H. D. S. par implantation.

Suites : Guérison rapide. En 1938, la malade, âgée de

70 ans, n'a plus aucun trouble biliaire depuis l'opération, soit 22 ans après.

OBS. 119. — BEHREND.

(*Ann. Surg.*, t. LXVIII, 1918, p. 32; *Comm. pers.*, Eliot, 1936.)

Trois mois après une ectomie, frissons, ictère, selles décolorées.

Opération : Rétrécissement cicatriciel complet de l'hépatique; canal très dilaté.

H. D. S. sur tube.

Suites (19 ans) : Trois semaines après l'opération, mise en place d'un tube en T dans l'hépatique, car l'ictère persiste; fistule biliaire et duodénale, l'anastomose était perméable.

Allait bien 19 ans après. (L'auteur rapporte « plusieurs cas semblables faits depuis, tous guéris ».)

OBS. 120. — GUERRY L.

(*Tr. Am. *Surg. Ass.*, t. ILVIII, 263 ; *Comm. pers.*, Eliot, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H. D. S. Pour éviter une tension au niveau des sutures, une brèche de 1 cm. au niveau de l'anastomose fut comblée par un petit tube. (Anastomose atypique).

Suites : Tube éliminé au 14^e jour.

Dix-neuf ans après, aucun trouble.

OBS. 121. — BAYER.

(*Der Chirurg.*, t. II, 1930, 542; *Communication personnelle* au Dr Mallet-Guy, 1939.)

Femme de 50 ans. En 1920, ectomie suivie de fistule biliaire. Sept mois plus tard réintervention.

Opération (février 1921) : Fistule haute de l'hépatique, on ne peut retrouver la partie inférieure des voies biliaires : rétrécissement cicatriciel.

H. D. S.

Suites (18 ans) : Résultat immédiat et éloigné parfait. Etat excellent neuf ans après. En février 1939, va toujours extrêmement bien.

OBS. 122. — MAYO W.-J.

(*Ann. Surg.*, 1902, p. 90; *Thèse* de Pinard, Bordeaux, 1908; *S. G. O.*, t. XXII, 1916, p. 1; *The Lancet*, t. CCV, 1923, p. 1299.)

Femme de 22 ans; ectomie en juillet 1903, vésicule calculeuse scléro-atrophique; cholédoque dilaté et épaissi, rempli de calculs. Ablation des calculs par le cystique sans drainage cholédocien. Revient en mai 1904, avec subictère, fièvre, frissons, selles peu colorées; fistule biliaire intermittente; mauvais état général.

Opération (26 mai 1904) : Fistule naissant très haut sous le foie, hépatique dilaté, admettant l'index; cholédoque réduit à un cordon fibreux.

H. D. S. par implantation en deux plans de catgut.

Suites (18 ans) : Suites opératoires simples. Dix mois après l'opération, état général excellent, avait pris 31 livres. En 1916 (plus de dix ans après l'opération) continue à aller très bien. La malade a eu depuis plusieurs enfants et des maladies graves (typhoïde et pneumonie) qu'elle a supportées. En 1923, est restée guérie et mène une vie normale.

OBS. 123. — ERDMANN.

(*Am. Journ. Surg.*, 1924; *Comm. pers.*, Eliot, 1936.)

Femme de 28 ans. Cholépéritoine après ectomie « idéale ». Dix mois plus tard, ictère progressif.

Opération (21 septembre 1922) : Evacuation d'un volumineux cholépéritoïne.

H. D. S. sur tube.

Suites (13 ans) : Tube éliminé en août 1923. Va très bien en novembre 1923. Treize ans après l'opération, l'état se maintient excellent.

OBS. 124. — MORITZ COHN.

(*Zent. f. Chir.*, 1924, p. 502; Comm. Pers. Eliot, *Ann. Surg.*, t. CIV, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H. D. S. sur tube sortant du duodénum à la Witzel suivant la méthode de Voelcker et conduit hors de l'abdomen par l'incision.

Suites (12 ans) : Aucun trouble (le tube a été retiré le 12^e jour).

OBS. 125. — OETTLE.

(*Chirurg.*, t. X, 1938, p. 872.)

Femme de 33 ans; en 1924, ectomie et drainage du cholédoque. Fistule biliaire avec ictère intermittent et température.

Opération (en 1925) : H. D. S. directe sur drain ressortant par l'estomac à la Witzel.

Suites (12 ans) : Courte guérison, de nouveau, coliques, température et ictère. Réintervention le 9 mars 1926; H. D. S. à la Goetze. Implantation directe du duodénum au niveau de la bifurcation de l'hépatique. Guérison parfaite. A la suite de nombreuses maladies intercurrentes, la malade devint morphinomane. Revue le 24 septembre 1937, près de 12 ans après l'opération de Goetze : bon état général, pas d'ictère; poids normal.

Radio : Deux bouchées de baryte suffisent à injecter

les voies biliaires en décubitus latéral droit. Evacuation rapide. Les gros canaux sont un peu dilatés. Les petits canaux sont injectés jusqu'à la surface du foie.

OBS. 126. — GUERRY L.

(*Tr. Am. Surg. Ass.*, t. ILVIII, 263: Comm. pers., Eliot, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H. D. S.

Suites (12 ans) : La malade, âgée de 70 ans, allait bien après cette date.

Un nombre égal de malades n'a présenté aucun trouble pendant une durée de 8 ans à 5 ans.

OBS. 127. — OETTLE.

(*Chirurg.*, t. X, 1938, p. 872.)

Femme de 65 ans, ectomie pour lithiasé en 1928, avec drainage du cholédoque suivie de fistule biliaire. Nouvelle opération terminée par un drainage externe d'une branche de l'hépatique. La fistule se ferme par intermittence, puis récidive de l'ictère qui devient permanent.

Opération (décembre 1929) : Oblitération complète des voies biliaires extra-hépatiques.

H. D. S. à la Goetze.

Suites (8 ans) : Revue le 11 décembre 1937, état parfait, mange de tout, jamais d'ictère, pas de douleurs, travaille. Examen négatif, poids normal.

Radio : En décubitus latéral droit, le reflux se produit au bout de quelques minutes; remplissage de toutes les voies biliaires. On voit également une partie du cholédoque en cul-de-sac au-dessous de l'anastomose qui est large et bien visible. Pas d'air. Evacuation en une heure,

OBS. 128. — GUERRY L.

(*Tr. Am Surg. Ass.*, t. ILVIII, 263; *Comm. pers.*,
Eliot, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H. D. S.

Suites (8 ans) : Aucun trouble.

OBS. 129. — GUERRY L.

(*Ann. Surg.*, 1930, t ICII, p. 663; *Ann. Surg.*, 1935, t. CII,
p. 780. *Comm. pers.*, *Eliot*, 1936.)

Femme de 73 ans; ectomie 4 ans auparavant suivie
d'ictère léger, puis de douleurs qui augmentent progres-
sivement pendant deux ans. Depuis trois mois, ictère par
rétention avec violentes douleurs.

Opération : Sténose de l'hépatique qui est très dilaté,
siégeant à la jonction du cystique.

H. D. S. par implantation.

Suites (6 ans) : Guérison rapide; état parfait cinq ans
après.

OBS. 130. — GUERRY L.

(*Tr. Am. Surg. Ass.*, t. ILVIII, 263; *Comm. pers.*,
Eliot, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : C. D. S.

Suites (6 ans) : Etat excellent, aucun symptôme mor-
bide à cette date.

OBS. 131. — Mac ARTHUR.

(In *Eliot, Ann. Surg.*, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque, suture bout
à bout. Récidive de la sténose quatre ans plus tard.

Opération : C. D. S. sur tube.

Suites (6 ans) : Elimination du tube le 27^e jour. Suites excellentes.

OBS. 132. — WALTERS W.

(*Surg. Clin. North Am.*, 1927, t. VII, p. 1576, S. G. O., t. LVI, 1933, p. 235.)

Homme de 63 ans; stomie et ablation de calculs du cholédoque en 1922. Douleurs et ictère en 1926.

Opération (15 mai 1926) : Rétrécissement de la partie basse du cholédoque; calculs intra-hépatiques. Ictère par rétention.

H. D. S.

Suites (5 ans) : Fistule duodénale ayant guéri spontanément. Etat excellent en décembre 1927. Revu le 28 août 1928; l'état reste excellent; pas d'ictère, selles normales. Revu en 1931, excellent état.

OBS. 132. — DAVID, Prague, 1932 (Obs. 13).

Femme de 63 ans. Malade depuis 1925. Crise lithiasique suivie d'ictère en mai 1926, puis ictère par rétention.

Opération (le 11 décembre 1926) : Enorme vésicule bourrée de calculs, gros foie scléreux, énorme cholédoque avec tumeur dure au niveau du cystique. Calcul de la portion sus-duodénale. Ganglions.

Réssection du segment de cholédoque suspect, plaie latérale de la veine porte. H. D. S. par implantation sur drain. Biopsie du cholédoque : inflammation chronique sans néoplasme. Bile contenant du colibacille.

Suites (5 ans) : Mouvementées; fistule biliaire pendant quelques jours, broncho-pneumonie suivie de pleurésie séro-fibrineuse. Guérison. Revue en octobre 1931; guérison maintenue sans troubles; a pris 20 kg.

OBS. 134. — GUERRY L.

(Tr. Am. Surg. Ass., t. ILVIII, 263 ; Comm. pers.,
Eliot, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H. D. S.

Suites (5 ans) : Aucun trouble, puis perdu de vue.

OBS. 135. — GUERRY L.

(Tr. Am. Surg. Ass., t. ILVIII, 263 ; Comm. pers.,
Eliot, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H. D. S.

Suites (5 ans) : Aucun trouble après ce délai.

Après ces 18 observations remarquables par le contrôle prolongé de la guérison, viennent 12 cas suivis pendant un délai égal ou supérieur à deux ans.

OBS. 136. — WHIPPLE A.-O.

(In *Eliot, Ann. Surg.*, 1936, t. CIV.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H. D. S.

Suites : Aucun trouble 4 ans 1/2 après l'opération.

OBS. 137. — BRACKERTZ.

(*Zent. f. Chir.*, t. LXI, 1934, p. 693.)

Sténose cicatricielle de l'hépto-cholédoque.

Opération : H. D. S. par implantation suivant la méthode de Goetze à lambeau, il restait deux centimètres d'hépatique.

Suites : Resté guéri sans troubles quatre ans après.

Radio : Montre un reflux dans l'hépatique, mais vidange rapide. L'écoulement de la bile semble parfaitement assuré. Jamais de fièvre ni d'ictère.

OBS. 138. — FRIEDRICH.

(Cité par OETTL, *Chirurg.*, t. X, 1938, p. 872.)

Femme de 33 ans; en 1931, lithias vésiculaire et cholédocienne; ectomie et drainage du cholédoque. Fistule externe. Deuxième opération quelques mois après. Anastomose de l'orifice fistuleux à une anse jéjunale; il persiste une fistule biliaire et deux fistules intestinales. Neuf mois après : opération.

Opération (6 juin 1932) : H. D. S. directe à la Goetze.

Suites (4 ans) : Guérison parfaite; aucun trouble.

OBS. 139. — OLIANI.

(*La Clinica Chirurgica*, t. XXVI, 1919, p. 889.)

Femme de 57 ans. Ictère continu progressif depuis 2 mois. Amaigrissement rapide, quelques douleurs, décoloration des selles. Gros foie, grosse vésicule.

Opération : Vésicule distendue. Cholédoque énorme de la taille du duodénum. Cholédocotomie, pas de calcul mais rétrécissement au niveau de la papille que l'on peut franchir. Duodénotomie: cancer de l'ampoule de Vater. Résection transversale du duodénum à distance de la tumeur, section du cholédoque et du canal pancréatique, fermeture du duodénum et réimplantation des deux canaux (C.D.S. par implantation après avoir rétréci la lumière du cholédoque).

Suites : Guérison au 30^e jour. La guérison se maintient

Suites : Guérison au 30^e jour. La guérison se maintenait 4 ans après. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

OBS. 140. — WALTERS W.
(S. G. O., t. LVI, 1933, p. 225.)

Homme de 50 ans; ectomie en 1927; ictère depuis deux mois.

Opération (2 août 1928) : Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

H.D.S. sans tube.

Suites : 4 ans. Etat excellent de 1928 à 1931.

OBS. 141. — CRILE.
(Comm. pers., *Eliot*, 1918, S. G. O., t. XXVI, 1918.)

Ectomie et drainage du cholédoque; rétrécissement du cholédoque étendu depuis l'orifice de drainage jusqu'à l'ampoule. Excision du rétrécissement.

C.D.S. par implantation. Le cholédoque étant attiré par une ouverture faite sur le duodénum et suturé en dedans et en dehors.

Suites : Allait bien trois ans après.

OBS. 142. — WALLSTEIN.
(*Zent. f. Chir.*, 1924, p. 1245.)

Rétrécissement cicatriciel de l'hépatique.

Opération : H.D.S. sur tube fixé au canal.

Suites : Guérison maintenue trois ans plus tard.

OBS. 143. — GUERRY L.
(*Tr. Am. Surg. Ass.*, t. ILVIII, 263: Comm. pers., *Eliot*, 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H.D.S.

Suites : 3 ans. Aucun symptôme, puis perdu de vue.

OBS. 144. — SAVARIAUD.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. ILV, 1919, p. 1333;
t. ILVIII, 1922, p. 865.)

Femme de 40 ans; section transversale du cholédoque et blessure latérale de l'hépatique au cours d'une ectomie rétrograde. Réparation immédiate.

Opération (17 juin 1919) : C.D.S. par implantation et implantation du bout inférieur du cholédoque dans la plaie latérale de l'hépatique, réalisant une double dérivation.

Suites : 3 ans; guérison normale; au bout de 3 ans, la guérison se maintenait parfaite.

OBS. 145. — WHIPPLE A.-O.

(*In Eliot*, Ann. Surg., 1936.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : C.D.S.

Suites : 2 ans. Allait bien au bout de ce temps.

OBS. 146. — WALTERS W.

(Com. pers., *Eliot*, 1936)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque sur 15 mm.

Opération : C.D.S.

Suites : 2 ans. Aucun trouble 2 ans plus tard.

OBS. 147. — MAC ARTHUR

(Com. pers., *Eliot*, 1918)

Ectomie puis drainage du cholédoque pour un ictère persistant.

Opération, en 1912: Rétrécissement de la partie basse du cholédoque. C.D.S par implantation sur tube.

Suites : Va bien deux ans, puis perdu de vue.

De moindre signification est une guérison maintenue pendant 12 à 20 mois, comme dans les 9 cas suivants : aucun trouble n'est cependant venu, pendant ce délai, donner le moindre signe d'alarme.

OBS. 148. — WHIPPLE A.-O.
(In *Eliot, Ann. Surg.*, 1936, t. CIV)

Rétrécissement cicatriciel.

Opération : H.D.S.

Suites : Aucun trouble après 20 mois.

OBS. 149. — LAHEY F.
(*Ann. Surg.*, t. CV, 1937, p. 765)

Femme de 42 ans; ectomie en mars 1934 : va bien 9 mois, puis apparition d'ictère en janvier 1935 (on avait fait une section de l'hépatique qui fut suturé sur un tube en T laissé 6 semaines).

Opération, 15 mars 1935 : Ictère par rétention : cholédoque réduit en cordon fibreux; moignon de l'hépatique très dilaté.

H.D.S. en deux temps.

Suites : 20 mois; guérison, amélioration rapide; en décembre 1936 déclare aller parfaitement bien.

OBS. 150. — SOULIGOUX
(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. XXXIII, 1907, p. 976;
Thèse de Pinard, Bordeaux, 1908; *Thèse de Mallet-Guy*,
Lyon, 1925, p. 169).

Femme de 39 ans; ictère avec vomissements et diarrhée; gros amaigrissement.

Opération, janvier 1907 : Cholédoque très dilaté et sans

calcul. Infiltration ligueuse de la tête du pancréas : pancréatite chronique. C.D.S. par implantation.

Suites : 18 mois. Très bonnes. A pris 9 kg. en trois mois. En mai 1909, a repris son poids normal; état général excellent « malade fraîche et grasse ».

OBS. 151. — FLINT

(*British Med. Journ.*, 1934, p. 995.)

Femme de 49 ans; ectomie et cholécotomie en 1915. En 1920, coliques hépatiques avec angiocholite et ictère. Les accidents se répètent, augmentation d'intensité; finalement, ictère par rétention depuis deux mois.

Opération, 11 février 1923 : Cholédoque très dilaté; petit calcul valérien; rétrécissement complet du canal au niveau du bord supérieur du duodénum. Excision du rétrécissement.

C.D.S. par implantation.

Suites : Guérison qui se maintient 15 mois après l'opération.

OBS. 152. — WALTERS W.

(*S. G. O.*, t. LVI, 1933, p. 235)

Femme de 32 ans; ectomie en 1927; coliques et ictère intermittents depuis 9 mois.

Opération, 27 septembre 1930 : Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

H. D. S.

Suites : 1 an. Bonnes en 1930; excellentes en 1931.

OBS. 153. — WALTERS W.

(*S. G. O.*, t. LVI, 1933, p. 235)

Homme de 46 ans; ectomie en novembre 1929; ablation de calculs cholédociens suivie de fistule intermittente avec ictère et température.

Opération, 29 mai 1930 : Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

H.D.S.

Suites : Excellentes pendant 1 an.

OBS. 154. — GUERRY L.

(*Tr. Am. Surg. Ass.* t. 48, 263. Comm. pers. Eliot, 1936)

Blessure du cholédoque pendant une cholécystectomie.

Opération : C. D. S.

Suites : un an. Aucun trouble au bout de ce temps.

OBS. 155. — VON HABERER

(*Zent. f. Chir.*, t. 56, 1929, 1496)

Femme de 47 ans; ectomie en juillet 1927 pour cholécystite aiguë sur lithiasie ancienne. Peu après, douleurs et ictère. Deuxième opération : 10 septembre 1927; cholédoque perméable, mais parois rigides et altérées; pas de calcul; drain en T. Après l'ablation du drain en novembre 1927, fistule et ictère.

Opération, en janvier 1928 : rétrécissement cicatriciel du cholédoque qui est complètement oblitéré.

H. D. S.

Suites : un an. Depuis l'opération, la malade va parfaitement bien.

OBS. 156. — GOETZE

(*Zent. f. Chir.*, t. 54, 1927, p. 988)

Présente la radio d'un malade opéré par la méthode plastique de Goetze (H. D. S.) : un petit lambeau taillé sur le duodénum fut cousu devant l'hépatique fendu jusqu'au foie. Il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel serré.

Suites : Guérison de un an. Sur la radio : reflux léger dans l'hépatique.

Dans ce groupe homogène d'excellents résultats éloignés d'H.D.S. termino-latérales, nous avons relevé 6 examens radiologiques après ingestion barytée (obs. 107, 108, 125, 127, 137, 156); chaque fois un reflux du contenu duodénal a été constaté.

Nous pouvons juxtaposer à ces faits deux cas lyonnais suivis moins d'un an, paraissant devoir être favorables et chez lesquels on a pratiqué également un examen radiologique. Chez l'un, pas de visibilité des voies biliaires. Dans l'autre cas, en station debout, on a constaté la présence d'air dans l'arbre biliaire et en décubitus le reflux de la substance opaque.

OBS. 157. — WERTHEIMER.

(*Société de Chirurgie de Lyon*, 24 nov. 1938)

Mme B... 54 ans, entre dans mon service le 2 juin 1938. Deux enfants bien portants.

Depuis l'âge de 9 ans la malade aurait présenté des poussées d'ictère dont il est difficile de faire préciser les conditions d'apparition. Par la suite la malade accusa des signes nets de lithiase vésiculaire avec crampes douloureuses, survenant quelque temps après les repas durant 1 à 2 heures, irradiées à l'épaule droite.

Mais depuis 1930 environ, ces crises prennent nettement le caractère cholédocien : débutant par un frisson, douleur intense, irradiée à l'épaule, le lendemain ictère.

En 1931, la malade est opérée par M. le Professeur Villard : « Cholécystectomie pour vésicule avec calculs multiples et lithiase cholédocienne ».

A la fin de l'année 1931 la malade est opérée une se-

conde fois car elle avait gardé une fistule et que par celle-ci s'était produit une hémorragie. A cette occasion des calculs furent encore retirés. Malgré cette réintervention la malade continua à présenter des crises cholédociennes (environ une par année).

Cinq jours avant son entrée dans le service, elle présente une nouvelle crise avec ictère, puis la veille, brusquement, douleur dans l'hypochondre gauche avec irradiation à l'épaule gauche : elle est amenée d'urgence à l'hôpital.

La glace améliore la malade.

A l'entrée, la malade présente un ictère par rétention avec prurit, bradycardie, urines acajou.

On note un point cholédocien net.

De la crise douloureuse abdominale gauche, il ne reste qu'un point douloureux au niveau de l'hypocondre. Pas de contracture.

Urée : 0,21 % ; Maillard : 12 ; temps de coagulation : 2,40" ; temps de saignement : 6'30".

Intervention le 14 juin 1938 : A. G. éther.

On est gêné par l'éventration qui est considérable. Toute la région sous-hépatique est bloquée, on libère la face inférieure du foie mais la palpation ne décèle pas de calcul. En incisant au-dessus et en arrière du duodénum on découvre une poche pleine de bile et de boue biliaire.

L'exploration de cette poche montre qu'il s'agit d'un cholédoque transformé en une sorte de vessie à parois épaisses, on retrouve le bout supérieur mais on ne peut retrouver le bout inférieur où cependant l'exploration digitale à travers le duodénum ne décèle pas de calculs.

Drain.

Suites simples.

Les suites opératoires de cette intervention furent excellentes ; la bile s'écoulait normalement par le tube. Lorsque la situation le permit une exploration radiologique fut prescrite après injection de lipiodol. Les clichés

montrèrent que la sténose biliaire était totale pas une goutte de lipiodol ne passait dans le duodénum. C'est pour remédier à cette situation qu'une seconde intervention fut décidée.

Seconde intervention le 12 juillet 1938: A. G. éther.

Incision itérative : il existe une symphyse totale entre la paroi, le foie, l'épiploon ; on libère progressivement ce dernier mais il persiste néanmoins un blocage très serré de toute la région sous-hépatique, le tube ayant été laissé en place dans le cholédoque on arrive jusqu'à ce dernier mais il est impossible de le libérer. On peut avec peine retrouver le duodénum et on perçoit assez nettement une induration très marquée de la tête du pancréas. Il est difficile de préciser la nature de cette induration qui paraît plutôt inflammatoire.

Dans ces conditions on incise le duodénum, on y conduit le drain cholédocien, la paroi duodénale est suturée à trois plans.

A la suite de l'intervention, la malade a présenté un petit écoulement de liquide duodénal qui s'est tari spontanément au bout d'une dizaine de jours. Depuis lors elle n'a eu aucun incident notable; elle a repris du poids et des fonctions digestives normales.

— Des radiographies sont faites après repas baryté le 15 novembre 1938 : pas de reflux visible dans les voies biliaires.

OBS. 158. — MALLET-GUY

(Inédite)

F..., 37 ans, opérée le 12 mars 1935 pour une cholécystite aiguë; très grosse vésicule lithiasique contenant un liquide louche. Cholécystectomie très facile, sans incidents. Drainage sous-hépatique. Les suites de l'intervention sont marquées par un écoulement de bile dès le

lendemain. Les selles ne sont pas décolorées mais il persiste une fistule biliaire.

Le 22 juin 1935, réintervention : la poursuite du trajet conduit sur un orifice latéral, correspondant à la tranche de section du cystique au contact du carrefour. La voie principale n'est ni sectionnée ni rétrécie, le cathétérisme des deux extrémités ne montre aucun obstacle et l'on place un drain de Kehr, sans difficultés.

Les suites ont d'abord été très simples, écoulement biliaire ne dépassant pas 200 à 300 cc. et un examen lipiodolé montre le 9 juillet 1935 un passage normal vers le duodénum. Puis, l'écoulement augmente et se stabilise à 700-900 cc. par jour, les selles restant colorées.

Au début d'août 1935, le tube est pincé pendant plusieurs jours sans déterminer aucun trouble. Après une tentative d'occlusion prolongée huit jours, le drain de Kehr est enlevé le 29 août 1935. La cicatrisation alors se fait sans incident et la malade part le 14 septembre 1935.

Mais le 20 octobre 1935, la fistule biliaire se reproduit, puis surviennent quatre crises d'angiocholite avec clocher à 40° et ictère, mais sans douleurs, dans les trois mois suivants. Il persiste un petit écoulement de bile intermittent. D'avril à octobre 1936, l'état fonctionnel est très satisfaisant hormis cette fistulette.

La malade est revue en avril 1939, ictérique, selles décolorées incomplètement, ayant présenté dans le cours de l'année dernière, une série de crises d'angiocholite. La fistule persiste toujours. Les examens hépatiques sont relativement satisfaisants : Maillard à 8,8 et glycémie provoquée correcte.

Opération, le 21 avril 1939 : anesthésie locale; découverte d'un rétrécissement qui oblitère presque complètement la voie principale, rétrécissement étendu interdisant le cathétérisme du bout inférieur. L'hépatique est très dilaté; hépatico-duodénostomie à la suture à deux plans sur tube de caoutchouc.

Suites : Les suites opératoires sont idéales; aucun écoulement biliaire par la plaie. Selles très colorées dès le troisième jour. La malade part le 28 mai 1939, n'ayant présenté aucun trouble fonctionnel. Teint clair; urines normales.

Tubages duodénaux le 9 mai 1939 et le 17 juin 1939 : écoulement continu et abondant de bile jaune d'or : 25 cc. en une demi-heure. Le Meltzer-Lyon ne modifie pas l'excrétion.

Radiographies le 6 mai 1939 et le 19 mai 1939 : le tube est toujours en place et on ne voit ni reflux ni injection d'air dans les voies biliaires.

Le 20 mai 1939, radiographies en position debout : le tube est éliminé, pas de reflux, petite injection aérienne. Un reflux baryté dans des voies non dilatées se voit dès que la malade est mise en position couchée et un tubage duodénal pratiqué à la fin de l'épreuve montre l'évacuation de ce reflux.

Le 27 mai 1939, radiographies successives en position couchée; très minime reflux.

Intéressante également du point de vue fonctionnel est l'observation suivante.

OBS. 159. — DUNN et CONNEL.

(*J.A.M.A.*, t. 77, 1921, vol. II, p. 1093.)

Femme de 31 ans; ectomie en janvier 1920; 4 mois après, abcès sous-hépatique suivi de fistule biliaire totale : destruction du cholédoque sur 4 cm. Opérations multiples de reconstitution de la voie biliaire principale sur tube, de drainage. Greffes suivies d'échec (malade opérée 14 fois); état grave, angiocholite.

Opération : Finalement H.D.S. directe.

Suites : Succès complet pendant 5 mois. Comme la ma-

lade avait une fistule duodénale pour l'alimentation, les auteurs ont fait des expériences variées sur la sécrétion biliaire et l'épreuve de Meltzer-Lyon. Comme il n'existait pratiquement plus de voies biliaires extra-hépatiques, le foie s'abouchait directement au duodénum. Ils concluent que le sulfate de magnésie est porté directement au foie par le sang porte et qu'il agit directement sur celui-ci, en produisant un flot de bile riche en pigments et rappelant la couleur de la bile B obtenue après tubage chez le sujet normal.

2° Résultats imparfaits.

Treize observations suivies parfois à très longue échéance (33 ans, toujours plus d'un an), mentionnent l'évolution de phénomènes infectieux avec, le plus souvent ictère transitoire. Mais il ne s'est agi dans tous ces cas que d'incidents rapidement curables et n'ayant pas compromis l'excellence du résultat final.

OBS. 160. — TERRIER, GOSSET.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 1907, p. 17. *Congrès français de chirurgie*, 1908. *Mém. Ac. Chir.*, t. 65, 1939, p. 235).

Femme de 30 ans; stomie en 1905 pour angiocholite aiguë. Ectomie et drainage du cholédoque en 1906 pour récurrence des crises douloureuses. Persistance des accidents infectieux qui font réintervenir deux fois : cholédocoplastie et finalement H. D. S.

Opération, 5 novembre 1906 : rétrécissement de l'hépatique et du cholédoque au niveau de l'orifice de drainage. Hépatique dilaté.

H. D. S. par implantation à la suture.

Suites : 33 ans. Suites opératoires simples; quelques accès fébriles pendant le deuxième mois. A été suivie régulièrement par Gosset. Pendant les premières années, phénomènes infectieux atténués, avec frissons, qui ont fini par disparaître lentement. Actuellement, la malade, âgée de 64 ans, est dans un état assez satisfaisant. Régime, cure annuelle à Vichy.

Radio (en 1939): pas de reflux.

OBS. 161. — ERDMANN

(*Am. Jour. Surg.*, mai 1924. *South. Surg.*, 1935, 180.

Comm. pers., Eliot, 1936)

Ectomie un an avant, suivie d'ictère intermittent.

Opération, 28 décembre 1917 : rétrécissement cicatriciel de l'hépto-cholédoque.

H. D. S.

Suites : 18 ans. A part quelques rares accès d'angiocholite légère et des douleurs vagues, la malade n'a aucun trouble. Revue le 19 novembre 1923, en excellent état.

OBS. 162. — OETTL

(*Chir.*, t. 10 1938, p. 872)

Femme de 53 ans; en 1926 crises de coliques hépatiques. Ectomie; fistule. Deuxième opération en juin 1926; révision des voies biliaires; amélioration rapide, puis récidive des douleurs.

Opération, en avril 1927: H.D.S. à la Goetze sur drain perdu.

Suites : 10 ans. Evolution très simple. En mars 1930, cure d'une éventration qui montre que le tube était éliminé. Revue le 12 décembre 1937, état parfait, travaille; pendant ces dix ans, nombreuses crises douloureuses de l'hypocondre droit avec irradiation scapulaire, subictère

et urines foncées, selles plus claires mais sans température. Est restée toujours un peu subictérique. Il y a deux ans, violentes coliques pendant trois semaines avec ictère et température ayant cédé au traitement médical. Va très bien dans l'intervalle de ces crises. Examen négatif. Poids normal, urines claires.

Radio : les gros canaux biliaires intra-hépatiques sont partiellement remplis d'air. Après repas baryté, le reflux commence après une heure de décubitus avec palpation manuelle. Dans le décubitus latéral droit, seules les voies biliaires droites sont injectées; à gauche, il ne reste que de l'air. Neuf heures après l'ingestion, malgré un repas pris dans l'intervalle, les voies biliaires sont encore partiellement injectées.

OBS. 163. — VERDI

(Comm. pers., Eliot, *Ann. Surg.*, 1936)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque. Résection du rétrécissement et suture bout à bout. Récidive au bout de 10 mois.

Opération : H. D. S. sur tube.

Suites : 10 ans. Ablation du tube calcifié 9 mois après l'opération par voie transduodénale. Depuis, aucun trouble.

OBS. 164. — DZIEMBOWSKI

(*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1931, p. 545. Comm. pers., 1939. Docteur MALLET-GUY).

Femme de 24 ans; en 1923, péritonite aiguë par perforation vésiculaire, opérée d'urgence. Gangrène du cholédoque qui est perforé sur un gros calcul sus-duodéal. Après ablation du calcul, grosse brèche dans le cholédoque. Section et ligature du cholédoque.

Opération : ectomie et C. D. S. par implantation à la suture.

Suites : 8 ans. Guérison; résultat immédiat excellent; aucun trouble pendant la première année; suivie pendant 5 ans : a eu quelquefois des douleurs peu violentes ressemblant à une colique hépatique atténuée et accompagnée de subictère. Il semble que l'anastomose se soit rétrécie. En 1931, le résultat se maintient satisfaisant.

Radio : « Montre nuun certain retard dans l'écoulement de la bile » (?).

OBS. 165. — ALESSANDRI

(*Rev. di Cir. Buenos-Aires*, 1931. *Zent. f. Chir.* 1932, p. 1723. Comm. pers. Eliot, *Ann. Surg.*, t. 104, 1936).

F. 46 ans : ectomie en novembre 1923 pour cholécystite calculeuse. Il y avait deux cystiques anormaux. Guérison. Puis apparition d'ictère en avril 1924.

Opération, le 13 mai 1924 : Tableau d'ictère par rétention typique. Apyrexie, prurit intense, matières complètement décolorées. Adhérences serrées, on ne peut découvrir le cholédoque. Sous le foie petite poche de bile sous tension. Il s'agit de l'hépatique très dilaté au-dessus d'un rétrécissement cicatriciel haut situé. H.D.S. directe sur tube de 5 cm. de long et de 5 mm. de diamètre.

Suites : 8 ans. Guérison rapide, va bien jusqu'en août 1934, à ce moment, de nouveau, douleurs, fièvre et subictère. La radio montrait le drain toujours en place. On pratique son ablation le 16 août 1924 : duodénotomie, orifice de l'anastomose bien visible par où coule de la bile claire. Dilatation de l'orifice et extraction du drain. Etat excellent par la suite. Pas d'ictère, digestions normales. Revue en décembre 1926, est restée en excellente santé, aucun trouble, pas de régime. 8 ans après, le résultat se maintenait excellent.

OBS. 166. — CUNÉO

(Comm. pers., MALLET-GUY, SOUPAULT)

Femme de 71 ans; lithiase du cholédoque. Cholédocolomie; drain de Kehr pour quatre gros calculs avec voies biliaires dilatées. Vésicule saine, papille perméable. Fistule partielle intermittente avec subictère et douleurs, poussées fébriles.

Opération, 2 juillet 1932 : énorme masse d'adhérences comprimant les voies biliaires, pas de calculs; rétrécissement cicatriciel.

C. D. S. sur tube.

Suites : 6 ans 1/2 ; revue en janvier 1939, va bien, ne suit aucun régime et se déclare très satisfaite. Pas de température. Parfois, pesanteur gastrique et vagues douleurs de l'hypocondre droit. A l'examen, douleur légère sous-hépatique à la pression.

OBS. 167. — HUNT

(*Surg. clin. North Am.*, t. 14, p. 1389, 1934. Comm. pers., Eliot, 1936).

Femme de 39 ans. Ectomie pour cholécystite aiguë non calculeuse le 8 juillet 1930. Fistule biliaire persistante qui finit par se tarir mais quelques mois plus tard ictère.

Opération, le 30 mars 1931, en plein ictère par rétention. Gros foie. Rétrécissement cicatriciel complet, bout supérieur de l'hépatique très dilaté.

H. D. S. sur tube.

Suites : 5 ans. Guérison rapide. Avant la sortie de la clinique, radio, qui montre le tube en place. Va très bien jusqu'au 16 octobre 1931 : à ce moment crise douloureuse à droite après écart de régime suivie le lendemain d'urines foncées et de subictère qui ont coïncidé avec l'élimination du tube. Le 10 novembre 1933, deux ans après l'opération, état parfait.

Radio montre de l'air dans le cholédoque et dans l'hépatique, indiquant un bon fonctionnement de l'anastomose. Revue trois ans, puis cinq ans après l'opération : guérison complète.

OBS. 168. — LOEWENSTEIN.

(*Arch. f. Klin. Chir.* t. 147, 1927, p. 655. Obs. 6).

Femme de 43 ans. Troubles depuis six ans Stomie il y a un an. Un mois plus tard plastique sur drain pour sténose cicatricielle : de nouveau coliques et ictère.

Opération, le 8 mai 1923 : Sténose cicatricielle du cholédoque.

C. D. S.

Suites : 4 ans. Très simples. Revue en 1927 : de temps en temps a encore des douleurs sans température ni ictère. A pris 25 livres.

OBS. 169. — GIBBON

(*Ann. Surg.*, t. 90, 1929, p. 367)

Ectomie en janvier 1924 pour lithiasé : opération difficile, hémorragie, pinces à demeure. Fistule biliaire après ablation des pinces. Six mois plus tard, douleurs et ictère par rétention progressif.

Opération, février 1925 : rétrécissement cicatriciel; cholédoque très dilaté.

C. D. S. sur tube.

Suites : 4 ans. Guérison. Peut reprendre son travail. Pendant les années qui suivirent crises répétées avec douleurs frissons, température et ictère de courte durée (angiocholite). On ne voyait plus le tube à la radio, trois mois après l'intervention. On pense à un rétrécissement de l'anastomose, devant la répétition de plus en plus fréquente des crises; mais amélioration par la suite.

Actuellement, le malade paraît aller très bien.

OBS. 170. — WALTERS W.
(S.G.O., t. 56, 1933, p. 235.)

Femme de 25 ans. Ectomie en 1928, suivie de fistule post-opératoire depuis 6 mois. Puis, ictère intense et douleurs.

Opération, 4 juillet 1929: rétrécissement cicatriciel haut situé de l'hépatique ne laissant qu'un très court segment de canal avec petits calculs pigmentaires.

H. D. S. sur tube en T.

Suites : 2 ans. Ablation du tube en octobre 1929 : douleurs et ictère léger. Etat excellent en octobre 1931, mais douleurs occasionnelles avec subictère passager. (Angiocholite ou rétrécissement ?).

OBS. 171. — HOSEMAN
(Arch. f. Clin. Chir., t. 126, 1923, p. 317)

Femme de 49 ans; au cours d'une ectomie pour calcul, section de l'hépatique; réparation immédiate par suture circulaire bout à bout. Guérison, mais apparition d'ictère un mois plus tard.

Operation: sténose cicatricielle de l'hépto-cholédoque.

H.D.S. sur drain hépatico-transduodénal (Voelcker).

Suites : 18 mois. Guérison pendant un an, puis apparition de légères douleurs.

Radio : 18 mois après l'opération, absence de reflux.

OBS. 172. — SWEETSER
(Ann. Surg., t. 73, 1921, p. 629).

Femme de 36 ans; lithiase depuis 8 ans avec poussée d'ictère. Ectomie le 26 janvier 1918 (vésicule calculeuse exclue) : fistule biliaire intermittente avec selles encore

colorées. En décembre 1918, drainage des voies biliaires. On ne peut cathétériser le cholédoque.

Opération, mai 1919 : hépatique et moignon cystique dilatés; on ne peut trouver le cholédoque.

H. D. S. sur tube au niveau du moignon cystique.

Suites : 16 mois. Guérison. Pendant l'hiver 1919-1920, période de malaise, avec léger ictère (angiocholite). Revue en juin et en août 1920 en excellente santé; mène une vie active sans trouble digestif.

Un seul cas de réflexe baryté a été noté parmi 3 de ces opérés qui ont présenté ainsi quelques troubles passagers et qui ont été soumis à un examen radiologique (obs. 162, 167, 171). L'injection d'air dans l'arbre biliaire est mentionnée dans un cas (obs. 167).

Une des observations que nous a confiée M. Mallet-Guy et qui mentionne dans les mois qui ont suivi l'intervention l'apparition de quelques épisodes transitoires d'angiocholite, comporte également un examen radiologique : air dans les voies biliaires, pas de reflux baryté.

Relevons l'efficacité des tubages duodénaux répétés sur ces accidents infectieux.

OBS. 173. — MALLET-GUY et MAILLET
(*Soc. de Chir. de Lyon*, le 20 avril 1939).

Femme de 61 ans : antécédents biliaires depuis 1921 avec phénomènes angiocholitiques récents. Une radio pré-opératoire montre de l'air et de la baryte dans l'arbre biliaire. Première intervention le 4 février 1939 : fistule cholécysto-duodénale : ectomie et duodénorrhaphie. Un lipiodol montre une imperméabilité du cholédoque.

Réintervention, 17 mars 1939 (P. Mallet-Guy) : A. gé-

nérale ; on repasse dans l'incision suivant le trajet de la fistule, dont la dissection conduit sur un orifice biliaire qui, après agrandissement, permet le cathétérisme de l'hépatique et de ses branches. Pas de concrétions. Il est impossible de cathétériser le bout inférieur sans qu'on sente d'obstacle à la palpation du pancréas. On décide alors de pratiquer une cholédoco-duodénostomie qui est exécutée sur tube (pavillon d'une sonde de Nélaton n° 16) à la suture, deux plans en arrière, trois plans en avant, aux points séparés. Exclusion du foyer par cloisonnement sous-hépatique; petit drain à distance; suture aux crins.

Le lendemain, pas de température, petit écoulement de bile par la plaie, mais déjà un vomissement bilieux.

Le 30 mars, 13 jours après l'intervention : excellent état général, bon appétit; selles bien colorées. L'écoulement de bile n'a duré qu'un jour.

Suites locales : très bonnes. Actuellement, cicatrisation ; la malade se lève; son teint s'est très notablement éclairci.

Un tubage duodénal pratiqué le 1^{er} avril, ramène une grande quantité de bile verdâtre mais fluide, donnant lieu au développement de colibacilles et de staphylocoques blancs.

Des radiographies après repas baryté n'ont pas montré de reflux par l'anastomose, mais le dessin en clair des voies biliaires remplies d'air.

Depuis le courant d'avril, sont survenues plusieurs crises violentes peu après les repas, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux, durant 5 à 20 minutes. Ces crises se sont renouvelées à plusieurs reprises dans le cours d'avril, puis le 18 mai, cette fois avec un clocher thermique à 39° malgré un régime très strict. Un léger ictère a été noté dans les jours qui ont suivi cette dernière crise.

Le 26 mai, l'état est dans l'ensemble satisfaisant, mais

à trois reprises sont réapparues de petites crises douloureuses avec élévation thermique et subictère très passager.

Des tubages duodénaux ont été répétés, qui ont amélioré chaque fois l'état fonctionnel : le 11 mai colibacilles dans les deux échantillons biliaires. Le 17 mai, alors que l'état de la malade était peu satisfaisant, très minime écoulement (2 cc. de bile verdâtre, puis après Meltzer-Lyon, 2 cc. de bile jaune d'or); ce tubage a par contre, déclenché des phénomènes douloureux. Le 25 mai 1939, l'épreuve de Meltzer-Lyon est suivie de chasse biliaire importante : 50 cc. : amélioration fonctionnelle nette. Le 24 juin 1939, tubage pratiqué à la suite de phénomènes douloureux : 20 cc. de bile trouble verdâtre et après Meltzer-Lyon, quantité abondante; malade soulagée.

Des radiographies sont faites le 19 mai 1939, en décubitus : pas de reflux baryté visible, petite injection d'air.

Le 20 mai 1939, en station debout, injection d'air plus marquée.

La malade quitte le service le 29 juin 1939, ayant été très améliorée par de nouveaux tubages duodénaux.

3° Résultats mauvais.

En regard des 40 résultats éloignés excellents en tous points et de ces 13 cas dans lesquels, à la suite d'incidents divers, une bonne guérison fut finalement obtenue, nous pouvons faire état de 37 mauvais résultats. Ces observations peuvent se classer de la façon suivante :

1° Sept cas d'aggravation progressive sans que le délai d'observation permette de juger du devenir du malade ;

2° Quatorze cas d'évolution grave ayant conduit à une réintervention ;

3° Douze cas d'évolution mortelle sans contrôle nécropsique ;

4° Quatre cas d'évolution mortelle avec autopsie.

Nous disposons donc ici de documents en nombre déjà suffisant pour nous permettre d'apprécier quels peuvent être les facteurs du risque éloigné inhérent à l'H.D.S.

Les observations purement cliniques mentionnent l'apparition relativement tardive de troubles : après quelques années le plus souvent. Une seule de celles-ci comporte un examen radiologique qui affirmait avec une très belle image de reflux l'absence de rétrécissement de l'anastomose.

OBS. 174. — BALABAN

(*Acta Radiologica*, t. 16, 1935, p. 596).

Femme de 47 ans; entrée pour douleurs de l'hypocondre droit.

Opération : a été opérée il y a 5 ans, de cholécystite calculeuse avec ictère. On trouva en plus d'une vésicule pleine de calculs, un cholédoque très dilaté, avec grosse tumeur pancréatique comprimant la voie biliaire.

C. D. S. par implantation.

Suites : 5 ans; revue 5 ans après pour amaigrissement, douleurs de l'hypocondre droit, gros foie, urobilinurie.

Radio : la palpation du duodénum sous l'écran, provoque du reflux. Prise de nombreux clichés qui montrent un reflux dans toutes les voies biliaires intra-hépatiques. Celles-ci restaient encore imprégnées 24, 48 et 120 heures après l'ingestion de baryte. Malgré ce reflux prolon-

gé, il n'y a aucun signe d'infection ascendante. On n'a pas constaté de fièvre. L'examen du contenu duodénal l'a montré pauvre en microbes, comme normalement. Mais la présence de bilirubine dans le sang et d'urobiline dans l'urine, indique une atteinte du parenchyme hépatique.

OBS. 175. — MANN

(S. G. O., t. 18, 1914, p. 326. Comm. pers., Eliot, 1918).

Lithiase biliaire; ectomie. Deux ans plus tard, rétrécissement de la partie inférieure du cholédoque.

Opération : H. D. S. par implantation sur tube.

Suites : 4 ans ; tube non retrouvé. Le malade allait bien 4 ans après, cependant, crises de douleurs abdominales épigastriques, avec ictère, allant en augmentant de fréquence (rétrécissement ou angiocholite ?).

OBS. 176. — WALTERS W.

(S. G. O., t. 56, 1933, p. 235).

Femme de 63 ans; ectomie en 1928. Ictère depuis trois mois; cirrhose biliaire. Temps de coagulation très augmenté.

Opération, 29 mars 1928 : rétrécissement haut situé de l'hépatique.

H. D. S.

Suites : 3 ans. Etat excellent en 1928. Frissons et fièvre en 1929. En 1931, frissons, température, douleurs, sub-ictère (angiocholite, rétrécissement ?).

OBS. 177. — JUDD et BURDEN

(Ann. Surg., t. 80, 1924, p. 210.)

Femme de 42 ans; cholécystite chronique depuis 3 ans. Ectomie il y a un an. Va bien 7 mois, puis violentes dou-

leurs suivies d'un ictère persistant. Le 12 février 1918, première intervention : rétrécissement du cholédoque à la jonction du cystique. Section du rétrécissement et mise en place d'un tube en T. Revient 6 mois plus tard pour un syndrome abdominal aigu : il s'agit d'un abcès du foie qui est drainé; guérison en 4 mois. Peu après, apparition d'un ictère par rétention.

Opération, 23 septembre 1919; nouveau rétrécissement du cholédoque.

C. D. S. latéro-latérale sur petit tube.

Suites : 3 ans. Le tube fut vomé un an plus tard. La malade allait bien 3 ans après l'opération, mais fait de temps en temps des poussées d'ictère (angiocholite).

OBS. 178. — BOTTOMLEY

(Comm. pers., Eliot, 1918. *S. G. O. T.* 26, p. 81).

Douleurs de l'hypocondre droit depuis 3 ans, puis vomissements et ictère, frissons, pendant 5 mois.

Opération : empyème de la vésicule avec calculs. Rétrécissement du cholédoque qui est dilaté ; bile purulente.

C. D. S. atypique sur drain. Guérison 21 mois. Tube éliminé le neuvième jour; va bien pendant 20 mois, puis a deux poussées d'ictère de courte durée avec frissons et légère douleur épigastrique : angiocholite.

OBS. 179. — WALTERS W.

(*S. G. O.*, t. 56, 1933, p. 235.)

Femme de 31 ans; ectomie et drainage du cholédoque en 1929; ictère et douleurs depuis deux semaines.

Opération, 17 avril 1930 : rétrécissement très étendu de l'hépatique allant presque jusqu'au hile.

H. D. S. (on ne peut faire qu'une anastomose atypique sur tube en T). Bile purulente.

Suites : 18 mois. On recommande de garder le tube en T pendant un an. Après cette date, en septembre 1931, douleurs intermittentes, frissons, température, sans ictère. La malade a engraisé mais l'état n'est pas satisfaisant (angiocholite ou rétrécissement ?).

OBS. 180. — SEULBERGER et POLLWEIN
(*Beitrag z. Klin. Chir.*, t. 135, 1927, p. 202.)

Homme de 44 ans. Ectomie suivie de fistule biliaire due probablement à une blessure du cholédoque. Dans une première opération, la fistule conduit sur l'hépatique près du hile du foie, on l'implante dans le duodénum. Récidive de l'ictère 9 mois après.

Opération : adhérences serrées. Dissection très difficile. Au niveau du hile on découvre un conduit biliaire dilaté. Mobilisation du duodénum. H. D. S. directe sur tube.

Suites : élimination du drain au 14^e jour. Récidive de l'ictère au bout de six mois.

Voici d'autre part, les 14 observations dans lesquelles une réintervention fut pratiquée. Une fois, il s'agissait d'un tube incrusté, plusieurs fois de précipitations lithiasiques ; le plus souvent le protocole opératoire indique un rétrécissement de l'anastomose. Tantôt celle-ci fut dilatée par voie trans-duodénale, tantôt une nouvelle bouche fut faite. Mais ajoutons que dans quelques cas on put affirmer qu'il s'agissait d'une angiocholite ascendante sans obstacle mécanique. Nous trouverons plus loin en étudiant les possibles, d'autres faits d'infection ascendante qu'il faudrait ajouter à ceux-ci si l'on voulait préciser un pourcentage.

OBS. 181. — JUDD S.

(*Ann. Surg.*, t. 84, 1926, p. 404.)

Femme de 41 ans, ectomie en 1919; quelques mois après, frissons, température, fièvre et ictère. En 1920, exploration du cholédoque qui ne contient pas de calculs. Drainage du cholédoque pendant plusieurs mois. Après l'ablation du drain, douleurs, frissons, ictère.

Opération, 21 mai 1920 : rétrécissement cicatriciel du cholédoque et fistule.

H. D. S. sur gros tube fixé par une soie.

Suites : 6 ans. Va très bien pendant 4 ans, puis, douleurs violentes, frissons, ictère apparaissant par crises (angiocholite).

Revient en janvier 1926 : subictère, grosse anémie, insuffisance hépatique marquée. Une radio montre le tube toujours en place. Ablation du tube en février 1926 (soit 5 ans après l'opération) par voie transduodénale. Il était recouvert d'une épaisse couche de dépôt biliaire. Guérison par la suite. Aucun signe d'angiocholite.

OBS. 182. — JUDD et BURDEN.

(*Ann. Surg.*, t. 80, 1924, 210. Cas : 10.)

Femme de 36 ans, ectomie pour lithiasse 3 ans auparavant, suivie de fistule intermittente pendant 7 mois. Va bien deux ans, puis frissons, fièvre, vomissements, subictères, gros foie.

Opération, 21 mai 1920 : rétrécissement étendu du cholédoque avec cirrhose biliaire.

H. D. S. sur petit tube.

Suites : 3 ans. Revue 4 mois plus tard : crises douloureuses avec ictère, accès fébriles et frissons qui vont en se répétant. La radio ne montre pas le tube.

Réintervention le 4 mai 1921. L'anastomose est rétrécie.

Nouvelle H. D. S. sur tube.

Dix-huit mois après, la malade déclarait avoir eu plusieurs crises douloureuses et de l'ictère (nouveau rétrécissement ?).

OBS. 183. — GUIBE

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 48, 1922, p. 264.)

Femme de 65 ans; coliquès hépatiques anciennes avec ictère. Le 16 juin 1921, ectomie; calculs vésiculaires; gros cholédoque dont l'exploration est négative; drainage de l'hépatique.

Fistule totale après ablation du drain de Kehr.

Opération, 16 août 1921 : cholédoque gros comme le pouce complètement oblitéré.

Section de l'hépatique au-dessus de la fistule.

H. D. S. par implantation en deux plans.

Suites : fistule biliaire pendant quelques jours; elle cesse puis réapparaît très abondante. Réintervention le 2 septembre 1921. On découvre l'anastomose; l'incision duodénale était oblitérée. Abscess sous-hépatique. Nouvelle incision du duodénum; nouvelle H. D. S. directe sur drain n° 18. Succès immédiat, mais mort deux mois après de cachexie progressive.

OBS. 184. — ERDMANN

(*Am. Journ. Surg.*, mai 1924. *South. Surg.*, 1935, 180. Comm. pers., Eliot, 1936.)

Ectomie 11 mois auparavant, suivie d'ictère un mois après l'opération

Opération, 7 juin 1923 : rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

H. D. S. sur tube.

Suites : guérison rapide, mais au bout de 5 mois, ré-

cidive des signes de sténose. Le 15 octobre 1923, ictère, douleurs, gros foie. Une radio montre le tube toujours en place.

Réintervention le 23 novembre 1923 : ablation du tube incrusté de dépôts biliaires; bile purulente; mise en place d'un tube plus court. L'anastomose est souple; guérison rapide; pas d'autres suites.

OBS. 185. — DOUGLAS

(*Ann. Surg.*, t. 84, 1926, p. 392.)

Femme de 55 ans; ectomie en 1922, puis douleurs et ictère.

En 1923, cholédocotomie pour calculs : va bien 8 mois puis se remet à souffrir. Ictère presque continu.

En avril 1925, drainage de l'hépatique.

Opération, 28 avril 1925 : rétrécissement cicatriciel étendu du cholédoque.

Hépatique dilaté.

H. D. S. sur tube.

Suites : 1 an. Elimination du tube au bout de deux mois. Va bien pendant 9 mois, puis réapparition des troubles. Cinquième opération en février 1926. Ouverture du duodénum en face de l'anastomose que l'on dilate; il s'en écoule une bile épaisse. On remet un tube dans l'orifice anastomotique. Guérison rapide.

Revue six semaines plus tard avec des signes d'angiocholite et de l'ictère qui disparaissent.

OBS. 186. — WALTERS W.

(*S. G. O.*, t. 56, 1933, p. 235.)

Femme de 36 ans; histoire complexe de lithiasse récidivante.

Opération en 1926: 1° C.D.S. pour rétrécissement cicatriciel avec calculs de l'hépatique ; 2° en 1927 : opéra-

tion plastique sur l'anastomose : on trouve de nouveaux calculs. En juillet 1928, ictère constant, douleurs et frissons après grossesse. En 1930, nouvelle exploration de l'anastomose qui fut trouvée en parfait état mais de nouveaux calculs dans le calcul et dans l'hépatique.

Réintervention, 12 avril 1930 : H. D. S. sur tube en T.

Suites : 5 ans. L'élimination du tube en T est suivie de coliques violentes avec ictère et prurit. La malade continue à avoir des coliques de temps à autre. En juillet 1930 et en août 1931, exploration fonctionnelle du foie. (Bilirubine index : 2 mmg.; fonction hépatique degré . 4; rétention de la p. s. p. au maximum).

Tubage duodéal : bile normale. « Les symptômes présentés par cette malade et les signes d'obstruction sont le résultat de l'infection hépatique et non d'un rétrécissement de l'anastomose ».

OBS. 187. — DAVID
(Prague, 1932. Ob.: 30.)

Femme de 29 ans, ectomie en décembre 1927 avec drainage du cholédoque par tube en T pour lithiasé vésiculaire et cholédocienne. En juillet 1928 : frissons et ictère.

Opération, juillet 1928 : sténose cicatricielle presque complète de l'hépatique au niveau de l'orifice de drainage.

H. D. S. directe.

Suites : guérison. En janvier 1929, de nouveau douleurs et ictère, frissons et température à 39°, selles décolorées, amaigrissement considérable. Enorme foie. Au tubage : bile trouble avec nombreux globules de pus et colibacilles.

Radio : pas de reflux.

Guérison par des lavages duodénaux.

Revient en octobre 1931, l'amélioration n'a pas été durable, pendant 3 ans crises d'angiocholite typique avec selles peu colorées, traitement médical sans effet.

Examen : ictère très foncé, très gros foie, au tubage bile purulente.

Réintervention, le 31 octobre 1931 : incision du duodénum, essai de cathétérisme rétrograde de l'anastomose. Sténose de la bouche anastomotique qui admet à peine une petite sonde. Dilatation à la pince, écoulement de nombreux calculs pigmentaires et de bile purulente. Hépatique très dilaté au-dessus. Section de l'anastomose sur un centimètre et réfection sur un tube de 5 mm. de diamètre après lavage énergique pour éliminer les calculs.

Suites : petite fistule duodénale, hémorragie secondaire au onzième jour. Drain non retrouvé. En janvier 1932 a pris 7 kgr. En mars, 15 kgr., poids normal, examen fonctionnel normal.

OBS. 188. — FINSTERER

(*Bull. Acad. de Chirur.*, Paris, t. 64, 1938, p. 1252.)

Homme de 42 ans. Depuis 3 mois ictère, amaigrissement de 15 kgr. Opération le 28 février 1928 : grosse vésicule distendue sans calcul. Tumeur de l'hépatique de la taille d'un haricot au niveau du confluent cystique. Hépatique et cholédoque dilatés même en-dessous de la tumeur. Grosse tumeur dure de la tête du pancréas. Ganglions. Résection de la tumeur de l'hépatique qui est enlevée en bloc avec la vésicule. Ligature du cholédoque, drainage de l'hépatique, l'anastomose directe étant impossible. (Examen histologique : adéno-carcinome du cholédoque.) Amélioration de l'état général, après 2 mois la fistule s'est tarie. Puis frissons, fièvre et ictère.

Opération, le 21 août 1928 : la tumeur du pancréas a disparu, de même que les ganglions. Anastomose termino-latérale admettant le doigt entre l'hépatique et le duodénum. H. D. S.

Suites : guérison, excellent état jusqu'en décembre 1928, puis ictère, frissons, douleurs. *Troisième opéra-*

tion : découverte de l'anastomose, duodénotomie, cathétérisme de l'anastomose par cette voie. La bouche admet un tuyau de plume, l'hépatique très dilaté contient plusieurs calculs. Exclusion du pylore par résection de l'antré gastrique à la Finsterer. Section de l'ancienne H.D.S., excision du tissu cicatriciel de l'hépatique et nouvelle H.D.S. termino-latérale sur le moignon duodénal, sur tube.

Décès de péritonite biliaire.

OBS. 189. — FINSTERER

(*Bull. Acad. de Chir.*, Paris, t. 64, 1938, p. 1252.)

Femme de 34 ans. Ectomie faite ailleurs au cours de laquelle on fit une blessure du cholédoque. Réopérée trois semaines plus tard, par un autre chirurgien, en plein ictère. H. D. S. par implantation. Va bien pendant 3 ans puis de nouveau douleurs, fièvre et ictère.

Opération, le 3 octobre 1928 : état général très mauvais, température à 40°. Hépatique très dilaté rempli de bile purulente. On ne retrouve pas l'anastomose qui est complètement oblitérée. Nouvelle H.D.S. par implantation large de un centimètre.

Suites : guérison. Après un an et demi la malade a eu depuis quelque temps des douleurs, de la fièvre, avec une fois du subictère (angiocholite ?), perdue de vue par la suite.

OBS. 190. — SULLIVAN R.-P.

Ann. Surg., t. 105, 1937, p. 765 (Discussion de LAHEY)

Femme de 33 ans : ectomie en juillet 1931 pour cholecystite calculeuse : fistule avec décoloration des matières.

Opération, 28 août 1931 : la fistule conduit à la bifurcation de l'hépatique. Excision de la fistule.

H.D.S. sur tube en T, introduit dans les deux branches de l'hépatique.

Suites : amélioration rapide ; élimination du tube trois mois après, mais récidence de la sténose cinq mois plus tard.

Réintervention en juin 1932 : sténose de la bouche anastomotique, excision, dilatation en conservant la paroi postérieure. On refait l'anastomose sur un tube en T.

Suites excellentes. Tube laissé en place 6 mois. En janvier 1933, elle a pris 20 kg. Ablation du tube ; revue depuis à plusieurs reprises en excellente santé 14 ans après la deuxième intervention.

OBS. 191. — BENGOLÉA et SUAREZ.

(*Mém. Acad. de Chir.*, Paris 1939, t. 65, p. 644).

Péritonite biliaire paraissant consécutive à une pancréatite œdémateuse, traitée par stomie et cholédocos-tomie. Suites compliquées par une fistule du canal hépatique.

Opération 1933 : Quelques mois après cure de la fistule par H.D.S. sur tube en T.

Suites : Guérison pendant un an, puis signes d'infection ascendante, ictère frissons, fièvre bilio-septique. Au tubage : bile en abondance mais toujours de couleur « vert bouteille » contenant de nombreux globules de pus. Pendant 2 ans alternatives d'amélioration et d'aggravation. En 1935, crises très graves avec état septicémique et ictère. On fait alors une cholécysto-duodénostomie difficile dont les suites furent excellentes. Guérison des phénomènes infectieux depuis 4 ans.

OBS. 192. — ERDMANN.

(*South. Surg.*, 1935, 180. Comm. pers., Eliot, 1936.

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H.D.S.

Suites : Récidive de la sténose opérée par un autre chirurgien.

OBS. 193. — MELCHIOR.

(Comm. Pers. Eliot, *Ann. Surg.*, t. 104, 1936).

Section du cholédoque pendant une ectomie. Réparation immédiate par suture bout à bout. Rétrécissement secondaire.

Opération : H.D.S.

Suites : Un an. Décès au cours de la deuxième année après opération pour abcès du foie.

OBS. 194. — DOWNES.

(*Ann. Surg.*, t. 67, 1918, p. 619. Comm. Pers., Eliot, 1936).

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque 4 semaines après un drainage de l'hépatique.

Opération : C.D.S. sur tube n° 14.

Suites : Récidive des symptômes 9 mois après ; dilatation du rétrécissement par voie transduodénale jusqu'au calibre n° 18 et mise en place d'un tube. Pendant les années suivantes, crises d'angiocholite de fréquence et de gravité croissantes amenant la mort 6 ans après l'anastomose. Rétrécissement secondaire de l'anastomose.

3° Résultats mauvais

Douze cas de mort avec signes d'infection ascendante sans vérification nécropsique.

OBS. 195. — TEDENAT.

(Congrès français de Chir., 1908, p. 189 ; Congrès français de Chir., 1923, p. 585.)

Homme de 47 ans ; ictère progressif datant de 8 mois, amaigrissement, gros foie, grosse vésicule.

Opération, 6 juillet 1902 : Vésicule et cholédoque dilatés ; induration du cholédoque au voisinage de la papille ; décollement duodéno-pancréatique : tumeur papillomateuse de la portion terminale du cholédoque. Résection du cholédoque sur 3 cm. C.D.S. par implantation.

Suites : 9 ans. Il s'agissait d'une tumeur bénigne du cholédoque. Etat excellent pendant plusieurs années. Décès en 1913 : ascite avec petit foie d'origine probablement alcoolique. (Il s'était porté très bien auparavant). Pas d'ictère.

OBS. 196. — JUDD et BURDEN.

(*Ann. Surg.*, t. 80 ; 1924, p. 210).

Femme de 46 ans ; en 1913, douleurs épigastriques, frissons, ictère, décoloration des selles. En mai 1914, drainage d'une collection suppurée sous-hépatique. En juin 1914, ablation d'un calcul de l'ampoule de Vater suivie de fistule continue avec fièvre et ictère. Finalement, ictère par rétention. Le 1^{er} mars 1915, cholécystogastrostomie, pas de calculs restants. Va bien trois mois, puis de nouveau ictère.

Opération, 30 septembre 1915 : Rétrécissement cicatriciel du cholédoque ; calculs de l'hépatique ; excision du rétrécissement.

H.D.S. par implantation sur petit tube.

Suites : 5 ans. Revue 18 mois plus tard. A été bien pendant 10 mois, puis a commencé à faire des accès fébriles avec frissons et subictère. On fait le diagnostic d'angiocholite avec cirrhose biliaire. La radio montre le tube toujours en place. Décès en juillet 1921 (cirrhose biliaire).

OBS. 197. — FOWLER.

(S.G.O., t. 27, 1918, p. 387. Comm. pers., Eliot, 1936).

Femme de 34 ans ; ectomie pour cholécystite non calculeuse en mai 1917, suivie de fistule totale avec frissons et ictère ; deux essais de fermeture.

Opération, 23 août 1917 : En plein ictère par rétention. Cholédoque détruit, introuvable. Découverte de l'hépatique, peu dilaté.

H.D.S. par implantation sur tube.

Suites : 3 ans. Va bien pendant deux mois, prend 8 kg. Puis frissons, douleurs, ictère léger, selles décolorées. Répétition des crises d'obstruction. Récidive après quelques mois, due probablement à l'élimination précoce du tube. Réopérée par un autre chirurgien un an après.

Mort trois ans après la première intervention, avec de l'ictère (nouveau rétrécissement).

OBS. 198. — WALTERS W.

(S.G.O., t. 48, 1929, p. 305 ; S.G.O., t. 42, 1926, p. 453 ; S.G.O., t. 56, 1933, p. 235).

Femme de 64 ans ; ectomie pour lithiasé en décembre 1923. Depuis l'opération, ictère et fistule biliaire intermittente. En avril 1924, une exploration montre un rétrécissement étendu du cholédoque et de l'hépatique. On ne fit rien. Revue en mai 1925, avec fistule et ictère.

Opération, le 30 juin 1925 : H.D.S. par implantation sur tube.

Suites : 20 mois. Guérison. En 1926 présente pendant quelques jours, de l'ictère (dû probablement au blocage temporaire du tube). Décès au bout de 20 mois avec douleurs et ictère, sans détails.

OBS. 199. — WALTERS W.
(S.G.O., t. 56, 1933, p. 235).

Femme ; ectomie en 1922 ; libération d'adhérences en 1923 : fistule biliaire post-opératoire pendant trois mois. Depuis 3 ans coliques intermittentes avec ictère et fièvre.

Opération, 20 avril 1926 : Rétrécissement de l'hépatique à 8 mm. du foie contenant un calcul.

H.D.S. sur tube.

Suites : Le tube qui était fixé par une soie s'élimine spontanément par les selles en août 1926. En septembre 1926, signes d'obstruction biliaire, douleurs et ictère. En octobre 1927, n'a pas eu de crises douloureuses depuis 9 mois. En août 1928, bon état. Peu après, mort subite, par hémorragie gastrique semblant liée à une insuffisance hépatique, soit deux ans après l'opération.

OBS. 200. — BERGERET.
(*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 65, 1939, p. 369;
Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, t. 63, 1937, p. 499).

Femme ; ectomie en juin 1928, suivie d'ictère par rétention. Le 20 août 1928, anastomose sur tube de la branche droite de l'hépatique avec le duodénum par un autre chirurgical.

En décembre 1928, nouvel ictère par rétention avec troubles du transit duodénal : drainage et gastro. Amélioration. Récidive des signes de sténose.

Opération, 9 janvier 1929 : Sténose fibreuse du cholédoque sur 4 cm. Anastomose oblitérée par du tissu fibreux.

H.D.S. sur tube au niveau du confluent de l'hépatique.

Suites : Fistule importante qui tend à se tarir. Décès de pneumonie au bout d'un mois.

OBS. 201. — LERICHE et BAUER.

(*Lyon Chir.* t. 29, 1932, p. 365,

Comm. pers., Eliot, *Ann. Surg.*, t. 104, 1936).

Femme de 47 ans ; stomie pour cholécystite aiguë en décembre 1928, fistule biliaire partielle. Ectomie en avril 1929 suivie d'ictère de douleurs, puis nouvelle fistule. Trois mois après, ictère par rétention. En novembre 1929, excision d'un rétrécissement cicatriciel du cholédoque : suture bout à bout sur tube perdu. Récidive de l'ictère deux mois après.

Opération, 21 janvier 1930 : Sténose cicatricielle étendue du cholédoque.

H.D.S. par implantation sur drain.

Suites : 5 ans. Va bien pendant les 8 premiers mois, puis, apparition de subictère et température à 38° : ouverture d'une collection de bile inter-hépto-phrénique. Revue en 1932, vient de présenter deux poussées d'ictère léger (angiocholite), mais état général satisfaisant 21 mois après l'intervention. Puis, crises de plus en plus intenses ayant fini par amener la mort en 1935. L'anastomose semble fonctionner de façon satisfaisante bien que les deux poussées d'ictère et la collection de transsudat biliaire semble indiquer un obstacle relatif à l'écoulement biliaire ».

OBS. 202. — QUENU J. et GASNE.

(*Bull. Méd.*, 1936 vol. I, p. 439. *Thèse* de GASNE, Paris, 1935).

Homme de 57 ans ; ictère par rétention depuis deux mois, sans douleurs, prurit intense ; gros foie ; vésicule non perçue ; pas de température.

Opération, 20 janvier 1934 : Cancer du confluent hépto-cystique ; hépatique très distendu. Résection de la tumeur.

H.D.S. par implantation sur tube à la suture.

Suites : 1 an. Simples. Troubles psychiques. Décès en janvier 1935, d'infection urinaire avec cachexie sans réapparition de l'ictère; pas de signes de généralisation néoplasique. A eu cependant, une poussée d'ictère de quelques jours.

OBS. 203. — ERDMANN.

(*South Surg.*, 1935, 180. Comm. pers., Eliot, 1936).

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H.D.S.

Suites : 1 an. Mort de pneumonie avec ictère très foncé.

OBS. 204. — VERDI.

(Comm. pers., Eliot, *Ann. Surg.*, 1936).

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : H.D.S.

Suites : Récidive du rétrécissement 10 mois après et mort de pneumonie.

OBS. 205. — GUERRY L.

(*Tr. Am. Surg. Ass.*, t. 48, 263. Comm. pers., Eliot, 1936).

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : C.D.S.

Suites : 4 ans. Mort d'infection ascendante au bout de ce temps.

OBS. 206. — BENGOLÉA et SUAREZ.

(*Mém. Acad. de Chir.*, Paris, t. 65, 1939, p. 644).

Ectomie il y a un an suivie peu après de crises douloureuses avec fièvre, frissons et ictère.

Opération : Sténose totale du cholédoque au milieu d'un magma fibreux. H.D.S.

Suites : Guérison. On vérifie le passage de la bile dans le duodénum par des tubages duodénaux, mais la bile que l'on extrait était toujours « de couleur vert bouteille ». Puis apparition de signes d'angiocholite ascendante et mort au bout d'un an.

L'autopsie, qui a été pratiquée dans 4 cas, indique que l'origine des accidents mortels que nous venons de passer en revue est loin d'être univoque :

— Angiocholite suppurée sans rétrécissement de l'anastomose (obs. 207);

— Sténose de la bouche anastomotique et calculs de l'Hépatique (obs. 208);

— Oblitération calculeuse d'une bouche non rétrécie (obs. 209);

— Mais aussi lithiasse intrahépatique paraissant indépendante de l'intervention (obs. 210).

OBS. 207. --- PALLIN.

(In *Thèse de ROBERT*, Lyon, 1932).

Homme de 69 ans ; ictère progressif datant de deux semaines, sans température, prurit ; vésicule non perçue.

Opération, 7 juin 1917 : petite tumeur du cholédoque avec canal dilaté au-dessus. Résection du cholédoque. Mobilisation du duodénum.

H.D.S. par implantation.

Suites : 11 mois. Fistule biliaire guérie spontanément. Guérison parfaite jusqu'en mars 1918, puis douleurs et frissons, la fistule s'ouvre à nouveau. Revient en avril 1918. Frissons, avec température modérée mais suivie d'ictère avec gros foie dur et non douloureux.

Le 21 avril, ictère foncé avec décoloration des selles, puis évolution rapide avec ictère intense, température à 38°, décès le 16 mai 1918.

Autopsie : hépatite suppurée ; canaux très dilatés contenant du sable et du pus. Plusieurs abcès du foie de la taille d'une noisette. Pas de métastase. L'anastomose est intacte du calibre d'un crayon.

OBS. 208. — FINSTERER.

(*Bull. Soc. de Chir.*, Marseille, t. 9, 1935, p. 501).

Femme de 62 ans. Ectomie ailleurs en 1922. Après l'opération, reprise des crises douloureuses avec température et ictère.

Opération le 24 juin 1925 : Rétrécissement cicatriciel du cholédoque au point d'abouchement du cystique. Hépatique très dilaté contenant un calcul gros comme un œuf de pigeon. H.D.S. latéro-latérale.

Suites : Fistule biliaire pendant quelque temps, suppuration pariétale. Guérison. Diabète avec acétone les années suivantes.

En 1934, depuis un an douleurs abdominales que l'on croit dues à une large éventration pour laquelle on réintervient le 28 février 1934 : cure radicale. Décès une semaine après de défaillance cardiaque.

Autopsie : Sténose du cholédoque avec gros calcul obstruant l'hépatique, dégénérescence du foie et du myocarde. L'anastomose est complètement oblitérée, en plus, on découvre une tumeur de l'ovaire gauche.

OBS. 209. — BRAULT et GRÉGOIRE.

(*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1913, p. 865.

Bull. Acad. Méd., t. 75, 1916, p. 139).

Femme de 48 ans ; troubles dyspeptiques anciens ; ictère par rétention depuis 4 mois, sans température, avec état général conservé.

Opération, 18 avril 1912 : Vésicule scléreuse exclue, pleine de calculs. Cholédoque non dilaté, scléreux et friable. Rétrécissement de la portion pancréatique n'admettant qu'un fin stylet. Pas de calculs vatiériens.

C.D.S. par implantation en deux plans.

Suites : 1 an. Petite fistule tarie spontanément en 45 jours. Revue en avril 1913. Santé parfaite, travaille; cependant, léger subictère des conjonctives. Peu après, réapparition de l'ictère et grands accès d'angiocholite amenant la mort en quelques jours.

Autopsie: l'abouchement était largement perméable, mais un calcul oblitérait la partie supérieure du conduit.

OBS. 210. — ERNST.

(*Hospitalstidende*, n° 26, 1911).

Femme 69 ans ; deux ans 1/2 auparavant, crises douloureuses épigastriques avec nausées. Dans l'été 1908, ictère pendant 8 jours. Nouvelle crise douloureuse au début de 1910, avec température qui persiste.

Le 21 avril 1910, cholécystectomie pour cholécystite chronique. Résection du confluent ; deux calculs dans le cholédoque ; suture des deux bouts sur un drain. En juin, 8 jours de température élevée avec selles décolorées. Fistule persistante.

Opération le 25 août 1910 : H.D.S. à la suture ; le cholédoque ne peut pas être retrouvé.

Suites : le 5 septembre : Frissons et élévation de température. De nouveaux accès le 13 octobre. A la fin de novembre, fièvre, douleurs dans l'hypochondre et léger ictère.

Le 24 février 1911 meurt, l'ictère s'étant progressivement foncé. Température et douleurs persistantes.

Autopsie : L'anastomose n'est pas rétrécie, les canaux biliaires sont dilatés et il existe des calculs dans les ra-

mifications du deuxième et du troisième degré. Histologiquement : cirrhose biliaire.

Ainsi donc, l'hépatico-duodénostomie paraît grevée d'un risque non négligeable ; que ce risque soit étiqueté rétrécissement ou angiocholite ascendante :

40 résultats éloignés excellents,

13 résultats imparfaits,

37 mauvais résultats.

L'impression générale est meilleure que pour les anastomoses médiales ; il serait abusif d'afficher un optimisme systématique.

Nous devons ajouter, mais sans pouvoir en tenir compte les importantes statistiques non détaillées de Judd et Parker (*Archiv. of Surg.* T. 17 1928) et de Judd (*J.A.M.A.* : T. 91, 1928, Vol. 2) comportant respectivement 167 et 212 cas.

CHAPITRE III

LES ANASTOMOSES LATERO-LATERALES POUR OBLITERATION BASSE DU CHOLEDOQUE

Les anastomoses latéro-latérales ont pour caractère de ne pas être réalisées immédiatement au-dessus de l'obstacle : la bouche est suspendue à quelques centimètres au-dessus. Au point de vue fonctionnel la cholédoco-duodénostomie latéro-latérale laisse donc subsister au-dessous d'elle un cul-de-sac; celui-ci est court s'il s'agit d'une tumeur pancréatique comprimant la portion terminale du cholédoque sur une longueur importante, au contraire s'il s'agit d'une sténose vatricienne, et c'est un cas très fréquent la portion exclue est beaucoup plus longue et réalise en cas de dilatation du canal une véritable poche qui se draine mal et qui est en sorte un véritable petit récessus qui a pu être à l'origine de complications infectieuses.

Au point de vue technique il importe peu que la taille du cholédoque porte dans sa portion rétro-

duodénale ou sus-duodénale, de même il importe assez peu, pourvu que l'on fasse un adossement correct des deux muqueuses et une suture étanche en deux plans au catgut ou au fil non résorbable, que l'on emploie l'une des techniques suivantes. Kehr fait une incision transversale du cholédoque parallèle à une incision de même longueur sur la première portion du duodénum; Finsterer réalise l'anastomose à l'aide de deux incisions perpendiculaires : incision longitudinale du cholédoque tombant perpendiculairement sur l'incision duodénale; Alessandri réalise la cholédoco-duodénostomie isopéristaltique. Nous ne ferons que citer les quelques cas où l'anastomose a été réalisée à l'aide d'un bouton.

Plusieurs auteurs ont vu dans l'anastomose latéro-latérale réalisant l'exclusion de la partie inférieure du cholédoque un élément défavorable et préfèrent l'opération par implantation qui ne comporte pas de foyer de stase et partant d'infection.

C'est pour répondre à cette question : savoir si un tel risque est réel, que nous étudions à part cette variété latéro-latérale des anastomoses de la voie biliaire principale.

Nos résultats éloignés sont au nombre de 60. La grande rareté des abouchements du cholédoque avec un segment intestinal autre que le duodénum ne permet pas d'étudier ces variétés à part, aussi nous n'aurons en vue que la cholédoco-duodénostomie.

1° Résultats éloignés excellents des cholédocoduodénostomies latéro-latérales.

Parmi ceux-ci nous avons relevé :

- 4 cas suivis plus de 10 ans,
- 9 cas suivis plus de 5 ans,
- 10 cas suivis plus de 2 ans,
- 7 cas suivis de 1 à 2 ans.

Nous les rapportons en les classant suivant cet ordre décroissant.

OBS. 211. — STRAUSS, STRAUSS, STRAUSS et CRAWFORD.
(*J.A.M.A.*, t. 101, 1933, vol. 4, p. 1365).

Homme de 38 ans ; ictère foncé depuis deux mois avec douleurs. On porte le diagnostic de cancer du pancréas.

Opération, en 1918 : masse dure dans le pancréas, vésicule distendue et enflammée sans calculs ; cholédoque un peu dilaté. Rétrécissement et induration au niveau de l'ampoule de Vater. Ectomie et C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 14 ans. Guérison rapide contre toute attente ; a pris 30 livres, il s'agissait donc d'une pancréatite chronique sténosante. Était en parfaite santé 14 ans plus tard.

OBS. 212. — PETERMANN.
(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. 143, 1926, p. 403).

Sténose inflammatoire de l'ampoule de Vater.

Opération : C.D.S.

Suites : 12 ans. Le résultat s'est maintenu excellent sans troubles.

OBS. 213. — TOOLE.

(*Deutsch Zeitschrift f. Chir.*, t. 205 1928, p. 415).

Homme de 35 ans ; lithiasé biliaire avec fièvre et ic-
tère. Le 18 décembre 1913, ectomie et drainage de l'hé-
patique après ablation de deux calculs cholédociens. Ré-
cidence des troubles un an après.

Opération, 8 octobre 1915 : Cholédoque dilaté conte-
nant cinq calculs, bile purulente ; sténose cicatricielle de
la partie inférieure du cholédoque.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 12 ans. Guérison complète en 1928.

OBS. 214. — BAZY.

(*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 34, 1908, p. 322 ;
Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, t. 37, 1911, p. 1322 ;
Bu'l. Ac. Méd., t. 75, 1916, p. 135, et t. 82, 1919, p. 295).

Femme de 37 ans ; passé lithiasique, coliques hépa-
tiques depuis un an. Ictère par rétention depuis 1 mois
et demi.

Opération, 14 janvier 1908 : Vésicule exclue, pleine de
calculs ; cholédoque très dilaté ne contenant pas de cal-
culs. Bile trouble ; rétrécissement inflammatoire de
l'ampoule de Vater qui est imperméable. Ectomie et
H.D.S. latéro-latérale au fil de lin.

Suites : 11 ans. Excellentes. Revue à plusieurs repri-
ses en parfaite santé en 1911, 1915 et 1916. Accouche-
ment gemellaire sans incidents en 1910. Aucun signe de
rétention ou d'infection.

Décès en mars 1919 de cancer du cardia.

Autopsie : bouche perméable admettant une plume
d'oie.

OBS. 215. — CAVE.

(Comm. pers., Eliot, 1936, *Ann. Surg.*, t. 104).

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque; grosse dilatation du canal.

Opération : C.D.S. au bouton de Murphy.

Suites : 9 ans. Guérison complète se maintenant 9 ans après.

OBS. 216. — SUMMERS.

(*Tr. Am. Méd. Ass.*, mars 1900, p. 592 ; *J.A.M.A.*, 1907, Comm pers., Eliot, 1918).

Femme de 18 ans ; coliques hépatiques intermittentes depuis 5 ans suivies d'ictère, puis ictère par rétention

Opération, 9 octobre 1899 : Grosse vésicule exclue ; cholédoque dilaté comme une anse grêle sans calcul ; rétrécissement de la partie inférieure du cholédoque qui ne peut être franchie. Vésicule laissée en place.

C.D.S. latéro-latérale au bouton de Murphy.

Suites : 7 ans. Guérison rapide ; le bouton ne fut pas retrouvé. Ablation de la vésicule quelques mois plus tard. Allait bien 7 ans après l'opération.

OBS. 217. — DAVID.

(Prague, 1932, Ob. : 7.)

Femme de 28 ans. Souffre depuis un an. Les crises sont suivies d'ictère qui s'accroît progressivement. Ictère par rétention, gros amaigrissement, syndrome hémorragique.

Opération le 13 mai 1925 : Grosse vésicule pleine de calculs, cholédoque dilaté sans calcul. Rétrécissement de la papille. Ectomie et C.D.S. latéro-latérale sur tube de 6 mm. atypique (suture des deux orifices incomplète).

Suites : 6 ans. Guérison rapide, drain non retrouvé. Revue le 10 octobre 1931, n'a plus souffert depuis l'opération, aucun trouble, mange de tout, a engraisé de 25 kg. Radio : pas de reflux.

OBS. 218. — MOCQUOT.

(In BROCC et MIGINIAC, Congrès français de Chir., 1930, p. 608.)

Femme de 45 ans ; crises douloureuses, puis ictère intermittent avec décoloration des selles. Pas de température, gros amaigrissement.

Opération, 30 mai 1925 : Pas de calcul vésiculaire ou cholédocien ; gros pancréas avec noyaux indurés. Sténose incomplète du cholédoque : pancréatite chronique. C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 5 ans. Revue en novembre 1925 ; excellent état ; a pris 16 kg. Accuse quelques douleurs épigastriques. La bile recueillie à l'opération était stérile. En 1930, revue plusieurs fois, état excellent. N'a aucun trouble.

OBS. 219. — HYBBINETTE.

(*Acta Chir. Scandinavica*, t. 69, 1932, p. 327.

Thèse de MENCIÈRE, Paris, 1934.)

Femme de 73 ans ; coliques hépatiques fréquentes depuis 10 ans. La dernière étant suivie d'un ictère par rétention. Le 17 décembre 1925, ectomie, vésicule calculieuse, cholédoque contenant de gros calculs agglomérés, un calcul enclavé de la papille : cholédocotomie et drainage. Fistule biliaire.

Opération, 3 mars 1926 : Cholédoque oblitéré dans son trajet pancréatique ; bloc fibreux de pancréatite chronique.

C.D.S. latéro-latérale au niveau de l'orifice fistuleux.

Suites : 5 ans. La bile passe immédiatement dans l'intestin, léger suintement de bile par la plaie les premiers jours. Convalescence lente suivie de guérison parfaite. Malgré son âge, la malade vécut 5 ans sans aucun trouble biliaire. Décès en novembre 1930, d'un cancer du sigmoïde.

OBS. 220. — DAVID.
(Prague, 1932. Ob. 10.)

Femme de 54 ans. Crises lithiasiques depuis 2 ans augmentant d'intensité puis s'accompagnant d'ictère (temps de coagulation : 15').

Opération, le 25 juin 1926 : Vésicule sclérosée sans calcul. Ectomie. Cholédoque gros comme le petit doigt. Cholédocotomie. A l'exploration : résistance au niveau de la papille dont on ne peut définir la nature. En raison du mauvais état général :

C.D.S. latéro-latérale sur drain de 6 mm. (anastomose atypique avec brèche de 2 cm. sur la partie antérieure).

Suites : 5 ans. Guérison rapide. Revue le 15 novembre 1927 a eu des coliques 15 jours après sa sortie dues probablement à l'élimination du drain, depuis est allée très bien. Le 5 octobre 1931 : légers troubles dyspeptiques sans frissons ni ictère.

Radio : duodénum d'aspect normal hyperkynétique. Reflux important dans le cholédoque encore très dilaté et dont on voit le segment exclu.

OBS. 221. — KLOSTERMANN.
(Thèse de Dusseldorf, 1937.)

Femme de 64 ans ; crises coliques vésiculaires anciennes ; depuis trois semaines, ictère.

Opération, 13 janvier 1932 : Grosse vésicule dilatée ; calcul du cystique. Dans le cholédoque, agglomérat de calculs. Papille infranchissable où l'on sent un calcul enclavé qu'on ne peut extraire.

Ectomie et C.D.S.

Suites : 5 ans. Sort le 21^e jour. Suites excellentes. Le 21 février 1936, état parfait, bon appétit, digestions normales, mange de tout, pas d'ictère, pas de frissons, pas de douleurs. Urines normales ; a pris 15 kg. en cinq ans ; travaille.

Radio : pas de reflux.

OBS. 222. — COTTE.

(Inédite, Comm. pers.)

Femme de 57 ans ; long passé lithiasique ; vue avec un ictère chronique pour angiocholite. Dans une première opération, ectomie : grosse vésicule adhérente contenant des calculs et drainage du cholédoque qui est épaissi, mais la bile ne passe pas dans l'intestin. Rétrécissement cicatriciel.

Opération, 4 janvier 1933 : Cholédoque dilaté, noyé dans des adhérences, qu'on renonce à libérer.

C.D.S. latéro-latérale rétro-duodénale.

Suites : 5 ans. Petite fistule duodénale tarie spontanément. A été revue chaque année jusqu'en 1928 ; elle travaille régulièrement, n'a jamais refait de troubles hépatiques.

OBS. 223. — DZIEMBOWSKI.

(Soc. des Chirurgiens de Paris, 1931, p. 545.

Comm. pers., 1939. Dr MALLET-GUY.)

Femme de 41 ans ; en 1933, coliques hépatiques répétées depuis 4 mois avec ictère léger. Il y a 18 mois, ectomie et cholédocotomie ailleurs.

Opération : Grosse dilatation du cholédoque ; sténose cicatricielle de la partie inférieure, pas de calculs.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 5 ans. Résultat éloigné parfait. Guérison parfaite depuis 5 ans.

OBS. 224. — STOLZ et WEISS.

(Thèse de WEISS, Strasbourg, 1924.)

Homme de 49 ans ; ictère par rétention progressif datant de deux mois. Violentes coliques.

Opération, 11 avril 1919 : Tumeur limitée du pancréas (kyste ?) ; vésicule pleine de calculs ; cholédoque dilaté. Stomie et C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 4 ans. Guérison très simple. Malade revu bien portant en mai 1923.

OBS. 225. — KASPAR.

(Deut. Zeit. f. Chir., t. 219, 1929, p. 91.)

Homme de 55 ans. Ictère apparu sans douleur ni cachexie.

Opération : Grosse tumeur de la tête du pancréas qui paraît être cancéreuse.

C.D.S.

Suites : 4 ans après l'opération le résultat se maintient excellent. Il s'agissait donc d'une pancréatite chronique.

OBS. 226. — MATTHEWS.

(Cité par HINTON. *M. Sentinel*, t. 35, 1927, p. 152.)

Ectomie pour calculs ; récurrence des troubles avec ictère.

Opération, le 28 juillet 1924 : Hépatique très dilaté, adhérent au duodénum. Il y a une petite fistule hépato-

duodénale qui est fermée. Le canal contenait de petits calculs pigmentaires.

C.G.S. latéro-latérale en deux plans.

Suites : 3 ans. Guérison. Va bien depuis.

OBS. 227. — MOCQUOT.

(In BROCC et MIGINIAC, Congrès franç. de Chir., 1930, p. 608.)

Femme de 65 ans ; douleurs anciennes de l'hypocondre gauche et troubles dyspeptiques. Gros amaigrissement, coliques très violentes suivies d'ictère variable.

Opération, 7 janvier 1927 : Cholédoque dilaté sans calcul ; obstacle à la partie inférieure du cholédoque : pancréatite chronique.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 3 ans. Guérison très simple. Revue en mars 1930 ; très bon état, a repris son poids normal et travaille. Pas de douleurs bon appétit, quelques vomissements bilieux le matin à jeûn.

OBS. 228. — DAVID.

(Prague, 1932, Ob. 22).

Homme de 64 ans. Crises lithiasiques depuis juillet 1927. Syndrome cholédocien typique. Gros amaigrissement. Ictère.

Opération le 23 janvier 1928 : Vésicule distendue et enflammée. Cholédoque gros comme un pouce. Calcul, non enclavé, de la papille. Cholédotomie, ablation des calculs. On ne peut pénétrer dans le duodénum aussi : C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 3 ans. Suites excellentes au début. Revu le 28 mai 1928 : douleurs abdominales basses avec légère température ayant fait penser à une appendicite. Radio :

pas de reflux. En septembre 1929 diarrhée, troubles rectaux depuis six mois, gros cancer de l'ampoule rectale opéré le 24 septembre 1929, opération de Kraske : guérison. Revient le 21 octobre 1930 : vient de faire un petit ictus avec hémiplégie droite. Décès le 24 février 1931 sans avoir présenté de troubles hépatiques ni d'ictère.

OBS. 229. — WILLIAMS.

(Dans Eliot 1936., *Ann. Surg.*, t. 104.)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque, ictère, décoloration des selles.

Opération : C.D.S.

Suites : 3 ans. Aucun trouble 3 ans après.

OBS. 230. — DZIEMBOWSKI.

(Soc. des Chirurgiens de Paris, 1931, p. 545.

Comm. pers., 1939. Dr MALLET-GUY.)

Homme de 50 ans. En 1930, ectomie et cholédocotomie ailleurs. Récidive des douleurs depuis deux ans. Ictère chronique depuis 4 mois.

Opération, 1935: Dilatation considérable du cholédoque ; sténose cicatricielle de la partie inférieure.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 3 ans. Résultat parfait ; disparition complète des troubles.

OBS. 231. — BRIN.

(*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris*, t. 31, 1905, p. 945,

Thèse de PRIOU, Paris, 1907.)

Femme de 58 ans ; coliques hépatiques depuis plusieurs années. Stomie, pour calculs vésiculaires en 1902.

Ictère permanent en mai 1904 avec frissons et température élevée. Très mauvais état général. En décembre 1904, drainage d'une collection sous-hépatique suivi de fistule biliaire. Matières décolorées.

Opération, le 10 mars 1905 : Cholédoque très dilaté. Obstacle non précisé à sa partie inférieure (calculs ou rétrécissements ?). Le pancréas est gros.

C.D.S. latéro-latérale en deux plans au fil de lin.

Suites : 2 ans 1/2. Fermeture rapide de la fistule cutanée. Revue en novembre 1905 ; état excellent, aucun trouble. En octobre 1907 santé parfaite, aucun trouble du côté des voies biliaires.

OBS. 232. — BEYE.

(S.G.O. t. 62, 1936, p. 191.)

Troubles douloureux avec ictère chez une spécifique rappelant la lithiase. Ectomie, mais on ne trouve rien au niveau du pancréas ou des voies biliaires qui puisse les expliquer. Vésicule rétractée sans calculs. Deux ans plus tard, récurrence des troubles avec signes d'angiocholite mais sans ictère.

Opération : Enorme cholédoque de 5 cm. de diamètre ne contenant pas de calculs ; rétrécissement cicatriciel ou inflammatoire incomplet. Diverticule de la deuxième portion du duodénum.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : Guérison avec disparition de tous les troubles depuis 2 ans 1/2.

OBS. 233. — LENK.

(Wein Mediz. Wochen., t. 75, 1925, p. 15 et 194.)

Femme opérée deux ans auparavant (pas de renseignements cliniques).

Opération : Ectomie et C.D.S.

Suites : Deux ans après l'opération, radio : au cours d'un examen on fait la découverte fortuite d'un reflux. La malade ne présentait pas de troubles il s'agissait d'un simple examen de contrôle pour vérifier l'état d'une bouche de gastro.

OBS. 234. — MOIROUD.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 51, 1925, p. 354.)

Femme de 66 ans ; stomie en 1909 pour lithiase vésiculaire suivie de fistule intermittente. En décembre 1922, ictère par rétention : calculs vésiculaires et cholédociens. Ectomie et drainage du cholédoque. Fistule biliaire totale.

Opération, 10 septembre 1923 : Fistule de la voie principale ; duodénotomie ; sténose infranchissable de l'ampoule ; hépatique très dilaté.

H.D.S. latéro-latérale.

Suites : Guérison complète maintenue 18 mois.

OBS. 235. — BROOKS.

(Comm. pers., Eliot, 1936.)

Sténose de l'ampoule de Vater.

Opération : C.D.S.

Suites : 18 mois. Allait bien à cette date.

OBS. 236. — BAZY.

(*Bull. Ac. Méd.*, t. 75, 1916, p. 137.)

Femme de 62 ans ; pas de détails cliniques : ictère par rétention, gros foie.

Opération, 5 avril 1909 : Vésicule scléro-atrophique très adhérente sans calcul. Cholédoque dilaté ne contenant pas de calculs. Rétrécissement infranchissable de la portion terminale du cholédoque ; bile claire.

C.D.S. latéro-latérale en deux plans.

Suites : Allait bien au bout de 16 mois puis perdue de vue.

OBS. 237. — HOSEMANN.

(*Arch. f. Clin. Chir.*, t. 126, 1923, p. 317.)

Homme de 48 ans, ictère depuis 8 semaines avec température élevée, grosse vésicule.

Opération : tumeur de la tête du pancréas.

C.D.S.

Suites : 14 mois. Guérison parfaite au début ; on doute du diagnostic de cancer. Cependant un an après, cachexie sans ictère mais troubles gastriques.

Radio: 14 mois après l'opération : reflux jusque dans les branches intra-hépatiques. Décès 1 mois plus tard.

Autopsie : cancer du pancréas avec métastase ; anastomose bien perméable, pas d'angiocholite ni d'abcès du foie, bien que des aliments aient pénétré dans les branches de l'hépatique.

A l'examen : Aschoff ne trouva aucune angiocholite.

OBS. 238. — MOULONGUET.

Com. pers. (MALLET-GUY, SOUPAULT.)

Femme de 57 ans ; ictère par rétention depuis 3 semaines avec fièvre à 39°, sans douleurs ; gros foie ; pas de bile au tubage.

Opération, 27 juin 1936 : Masse dure sous-hépatique polykystique et qui paraît d'origine pancréatique ; gros calcul dans la vésicule. Biopsie et marsupialisation du kyste.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 1 an : revue en bon état en novembre 1936, sans tumeur perceptible. Mort en août 1937 : il s'agissait d'un cancer atypique du pancréas.

OBS. 239. — KASPAR.

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 219, 1929, p. 91)

Femme de 57 ans. Coliques hépatiques depuis 1914. En 1918 crise très violente avec ictère. Dans les deux dernières années crises fréquentes avec température, frissons, ictère.

Opération le 28 janvier 1928 : Grosse dilatation gastrique; sténose duodénale par adhérences périvésiculaires, vésicule exclue ectomie. Cholédoque et hépatique très dilatés et remplis de calculs. Papille imperméable à la sonde. Très nombreux calculs dans l'hépatique et dans les voies biliaires intra-hépatiques dont la recherche est interrompue par danger d'hémorragie. Pour cette raison: C.D.S.

Suites : Un an. Apparition d'une fistule duodénale. Hémorragie par la plaie. Le 8 février 1928 jéjunostomie pour supprimer l'alimentation buccale. Guérison de la fistule. Suppression de la jéjunostomie le 12 mars 1928.

Revue le 5 mars 1929 : résultat parfait, aucun trouble, peut manger de tout, a pris 15 kg.

OBS. 240. — LUPI

(*Ann. Italiani di Chir.*, t. 3, 1924, p. 695)

Femme de 57 ans opérée en 1917 : ectomie pour lithiase vésiculaire. Après trois ans de bonne santé, reprise des douleurs avec ictère et décoloration des selles.

Opération : Grosse dilatation des voies biliaires sans calculs. Sténose de la partie inférieure du cholédoque : non précisée. Hépatico-jéjunostomie latéro-latérale en 2 plans (l'anse jéjunale est passée par une boutonnière à travers le mésocôlon, anastomose latéro-latérale au pied de l'anse).

Suites : Guérison, allait bien un an après. « La dériva-

tion de l'anse jéjunale semble avoir évité l'infection ascendante ».

Dans ce groupe de 30 C.D.S. dont les suites furent parfaites à tous égards, 6 fois seulement un examen radiologique fut pratiqué : après repas baryté reflux duodénal visible dans trois cas (obs. : 220, 233, 237), pas de reflux dans trois cas également (obs. : 217, 221, 228). Nous avons relevé trois autres examens radiologiques dans des suites également excellentes mais moins éloignées.

OBS. 241. — DZIEMBOWSKI.

(*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1931, p. 545;

Com. pers., 1939. Dr MALLET-GUY)

Femme de 50 ans; lithiase avec angiocholite par obstruction cholédocienne complète.

Opération en 1933 : Calcul enclavé de la papille; bile purulente. Le calcul ne peut être enlevé que par voie transduodénale. Vu le mauvais état général, on laisse le calcul en place et l'on fait une C.D.S latéro-latérale.

Suites : 10 mois; résultat immédiat parfait; on a proposé à la malade d'enlever secondairement le calcul laissé en place. Elle refusa. Radio : plusieurs examens n'ont pas montré de reflux.

OBS. 242. — GULEKE.

(*Com. pers.*, mars 1939.)

Femme de 41 ans; ectomie ailleurs en 1929. En 1938, coliques sévères avec ictère.

Opération le 14 octobre 1938 : Cholédoque complètement enfoui dans des adhérences serrées. Libération.
C.D.S.

Suites : Etat parfait pendant 5 mois.

Radio : le cholédoque sous-anastomotique est rempli de baryte et se vide par la papille. Air dans l'hépatique; traces de baryte dans les ramifications intra-hépatiques qui ne sont pas dilatées.

OBS. 243. — ROSEMAN.

(*Arch. f. Clin. Chir.*, t. 126, 1923, p. 317)

Femme de 44 ans. Il y a 11 ans, stomie. Guérison pendant 6 ans. Récidive des troubles. Il y a deux ans, calculs vésiculaires et cholédociens; ectomie et drainage du cholédoque. Neuf mois plus tard, de nouveau douleurs sans ictère.

Opération : Adhérences serrées; cholédoque épaissi et dilaté contenant un calcul; bile claire; obstacle au niveau de la papille dont le cathétérisme est impossible : pancréatite chronique.

C.D.S. de 1 cm.

Suites : Guérison.

Radio : 5 semaines après l'opération : reflux jusque dans les plus fines voies biliaires intra-hépatiques, mais n'avait toujours aucun trouble deux mois plus tard.

— Joignons à ces documents une observation du Professeur Santy comportant les résultats d'un tubage duodénal et quelques faits d'autopsie; la mort étant survenue peu après l'intervention de l'évolution d'une tumeur maligne.

OBS. 244. — Pr SANTY (*inédite*).

Femme de 60 ans : depuis un mois ictère avec grosse vésicule, température oscillante jusqu'à 40°, les selles restent colorées. Le 9 février 1939 : tubage : bile B abon-

dante; l'épreuve est répétée à deux reprises dans le courant du mois et donne les mêmes résultats.

Opération le 28 février 1939 : Enorme vésicule gorgée de bile, cholédoque dilaté à parois minces, tête du pancréas volumineuse. Cholédocotomie. La partie inférieure du cholédoque qu'on ne peut cathétériser est comprimée par une masse dure probablement néoplasique.

C.D.S. latéro-latérale en deux plans complétée par une cholécystostomie.

Suites : Au 15^e jour alors que la malade allait très bien et était apyrétique le drain vésiculaire tombe, avant que l'on ait pu pratiquer un examen lipiodolé.

Le 13 mars 1939 : tubage : on recueille de la bile en petite quantité avant comme après l'épreuve de Metzger-Lyon. La bile recueillie au tubage, comme celle prélevée à l'opération, contient de l'entérocoque et du colibacille.

OBS. 245. — LOEWENSTEIN.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. 147, 1927, p. 655)

Femme de 59 ans. Ictère par rétention depuis 3 mois.

Opération le 2 juillet 1926 : Cancer du pancréas.

C.D.S.

Suites : Décès de cachexie 4 mois plus tard sans récurrence de l'ictère.

Autopsie : pas d'inflammation des voies biliaires.

OBS. 246. — STONEY.

(*The Irish Journ. of Med. Sc.*, mars 1929, p. 118;

Com. pers., 1939. Dr MALLET-GUY)

Femme de 50 ans; douleurs et ictère depuis trois semaines, température oscillante, grosse vésicule.

Opération 3 octobre 1928 : Pas de calculs, tête du pan-

créas hypertrophiée et dure, de nature non précisée; cholédoque encore perméable, très dilaté; vésicule inutilisable.

C.D.S. latéro-latérale en deux plans.

Suites : Les premiers jours, reflux du contenu duodénal, petit drain de sécurité laissé dans le cystique; ablation le 10^e jour. Guérison et amélioration rapide. Revient 6 mois après : état cachectique. Décès 3 semaines plus tard, sans ictère.

Autopsie : énorme cancer du pancréas; l'anastomose fonctionnait normalement.

OBS. 247. — DZIEMBOWSKI.

(*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1931, p. 545;

Com. pers., 1939. Dr MALLET-GUY)

Homme de 56 ans; en 1928, lithiasse avec coliques aiguës et ictère. Etat grave à allure septicémique.

Opération : Vésicule exclue; cholédoque très dilaté; gros calcul enclavé de la papille; cholédocotomie : bile purulente. Vu l'état général, le calcul ne peut être enlevé par voie transduodénale. Aussi sans enlever le calcul on fait une C.D.S. latéro-latérale.

Suites : Evolution immédiate excellente; selles colorées dès le troisième jour. Mort d'embolie trois semaines après l'opération.

Autopsie : l'anastomose fonctionnait parfaitement; calculs enclavés de la papille.

2° Résultats éloignés imparfaits des cholédocoduodénostomies latéro-latérales.

Dans cette catégorie nous ferons entrer neuf cas d'accidents infectieux ou douloureux transitoires sans conséquences fâcheuses.

OBS. 248. — LOEWENSTEIN

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. 147, 127, p. 655, obs. : 1)

Femme de 33 ans. Troubles depuis 8 ans avec poussées d'ictère fréquentes.

Opération le 6 février 1919 : Vésicule calculeuse, calcul de la papille, ablation du calcul, mais la papille reste imperméable.

Ectomie et C.D.S.

Suites : 8 ans. Suites simples. A donné de ses nouvelles par lettre une fois au bout d'un an; elle a eu des coliques violentes sans ictère. Il persiste encore des douleurs.

OBS. 249. — PAPIN.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 60, 1934, p. 547;
Bull. Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, t. 64, 1938, p. 923)

Femme de 50 ans; obèse avec longue histoire lithiasique : accidents d'obstruction cholédocienne avec poussées d'ictère et grands accès fébriles. Diagnostic : lithias cholédocienne.

Opération en juin 1930 : Vésicule scléro-atrophique; cholédoque gros comme le pouce, ne contenant pas de calculs. Sténose du trajet pancréatique n'admettant qu'un fin stylet. Tête du pancréas, grosse et très dure.

C.D.S. latéro-latérale en deux plans.

Suites : 8 ans. Malade suivie très régulièrement; a eu au début une petite poussée fébrile avec ictère passager qui ne s'est jamais reproduite. Revue en 1934, résultat parfait; aucun trouble. En 1938, l'état est toujours aussi satisfaisant. En 1939 (comm. personnelle), de temps en temps une « bouffée de fièvre » très passagère et sans ictère. A part cela, l'état se maintient excellent.

OBS. 250. — DAVID.
(Prague 1932, obs. : 5)

Femme de 31 ans. Crise lithiasique en 1924. Ectomie en septembre 1924. En janvier 1925 nouvelles crises douloureuses avec ictère léger.

Opération le 10 février 1925 : Cholédoque et hépatique gros comme le doigt. Pas de calcul. Cholédotomie. Bile foncée. La sonde ne peut pénétrer dans le duodénum (sténose de la papille). C.D.S latéro-latérale.

Suites : 6 ans 1/2. Un an après l'opération, après un écart de régime vomissements répétés sans crise douloureuse. On pratique divers examens. Suc gastrique :

Hcl libre 0;

Hcl combiné 0.

Radio : pas de reflux décelable.

Revue plusieurs fois depuis : en décembre 1929 va très bien. En octobre 1931 : état excellent, pas de coliques, pas d'ictère, cependant en juin 1930, elle aurait eu des frissons, de la fièvre avec vomissement bilieux (angiocholite ?).

Radio le 16 octobre 1931 : par la pression manuelle on fait refluer le contenu duodénal dans le cholédoque. En décubitus latéral droit les voies biliaires se remplissent facilement. Une heure et demie après, il reste de la baryte dans les voies biliaires qui se dessinent très nettement jusqu'aux plus fines ramifications.

OBS. 251. — PICOT.
(Com. pers. MALLET-GUY, SOUPAULT)

Femme de 35 ans; ictère depuis deux mois, sans antécédent lithiasique; amaigrissement; pas de douleurs.

Le 11 mai 1931, ectomie; un calcul vésiculaire. Suites simples, puis crises douloureuses avec subictère et température en 1933.

Opération 6 juin 1933 : Hépto-cholédoque dilaté comme une anse grêle, gros pancréas bosselé et dur, de nature douteuse; pas de ganglions, pas de calculs; bile blanche. Sténose par obstacle pancréatique (cancer ou pancréatite).

C.D.S. latéro-latérale en deux plans au catgut.

Suites : 6 ans; guérison rapide. En juillet, a pris 2 kg.; se plaint encore de pesanteur de l'hypochondre droit. Foie encore gros. En septembre 1933 a pris de 7 kg. Les mois suivants, douleurs épigastriques post-prandiales avec sensibilité du côté droit et météorisme. En novembre 1933, poussées fébriles à 38° avec urines foncées, matières grisâtres et subictère. En décembre 1933, depuis 4 jours, urines acajou, température à 38°, 39°; petits frissons, foie toujours un peu gros (angiocholite). En mars 1935, a gardé son poids normal; garde un point douloureux dans l'hypochondre droit avec quelques malaises. En janvier 1938, les malaises s'espacent de plus en plus et sont moins accusés. Etat excellent pendant l'année 1938 aucun trouble.

Revue le 22 mars 1939. aucun malaise; bon état général; pas de subictère; urines claires; a engraisé.

Radio : En palpant la région duodénale, on fait refluer un peu de baryte dans l'anastomose sous forme d'une petite colonne de 2 cm.

OBS. 252. — LOEWENSTEIN.

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. 147, 1927, p. 655, obs. : 5)

Femme de 62 ans, malade depuis 24 ans. Poussées d'ictère fréquent et durable.

Opération le 6 décembre 1922: Calcul enclavé de la papille. L'âge de la malade contre-indique un acte chirurgical direct sur le calcul qui est laissé en place.

C.D.S.

Suites : 5 ans. En 1924, crise de colique avec ictère

transitoire, depuis amélioration persistante sauf petites douleurs de la région hépatique à l'occasion de « refroidissement ». En 1927, excellent état a repris 10 à 15 livres.

OBS. 253. — WALTERS W.

(S. G. O., t. 48, 1929, p. 305;

S. O. G., t. 56, 1933, p. 235)

Femme de 44 ans; stomie en 1913, ectomie en 1923; ictère intermittent depuis deux ans.

Opération 2 août 1927 : Rétrécissement de la partie basse du cholédoque.

C.D.S.

Suites : 4 ans; fait un épanchement de bile péri-hépatique avec état grave. Evacuation, guérison. Le 21 janvier 1928, état excellent; a pris 30 livres. Sans ictère, ni température, ni douleurs. Etat excellent jusqu'en 1931, (angiocholite, rétrécissement ?).

OBS. 254. — DUJARIER.

(Bull. Mém. Soc. Nat. Chir., Paris t. 37, 1911, p. 1318)

Femme de 50 ans; crises lithiasiques anciennes; ectomie en avril 1908, pour cholécystite calculeuse suivie d'ictère et de fistule, très mauvais état général; température à 39°.

Opération 1^{re} juillet 1908 : Enorme cholédoque, rétrécissement cicatriciel du cholédoque dans sa partie terminale.

C.G.S. latéro-latérale en deux plans à la soie.

Suites : 3 ans. Suites immédiates très simples. Grands accès d'angiocholite du 17^e au 23^e jour, ayant cédé spontanément. En septembre 1908, va très bien; n'a plus eu de poussées fébriles. En novembre 1911, continue à jouir d'une santé parfaite.

OBS. 255. — KLOSTERMANN.

(Thèse de Dusseldorf 1937)

Homme de 48 ans; ictère depuis 4 mois, avec douleurs violentes; gros amaigrissement.

Opération 13 février 1932 : Très gros foie de rétention; vésicule dilatée sans calcul; cholédoque gros comme le petit doigt. A travers le duodénum, on sent une tumeur dure de la taille d'un œuf de pigeon; pancréas induré; on ne peut cathétériser le cholédoque.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 3 ans; guérison sans incidents au début. Le 14^e jour, vomissements puis syndrome d'hémorragie interne inquiétant.

Guérison. Va bien pendant 1 an. Puis troubles à nouveau; ictère léger, météorisme, amaigrissement. Revient le 23 octobre 1934, ascite chylliforme.

Radio après pneumopéritoine : il s'agit d'une tumeur du pancréas; pas de reflux. Décès en juin 1935 : cachexie sans ictère.

OBS. 256. — SOUPAULT.

(*Mém. Ac. Chir.*, t. 64, 1938, p. 584)

Femme de 48 ans; ictère par rétention semblant d'origine lithiasique. Stomie en juin 1936. Calculs. Cholécotomie et drainage 15 jours plus tard pour un obstacle pancréatique qui paraît dû à un pancréatite. Fistule, fièvre, décoloration intermittente des matières.

Opération 4 février 1937 : Sténose infranchissable de la papille; vésicule inutilisable. Ectomie et C.D.S. latéro-latérale en deux plans.

Suites : 13 mois. Bonnes. Persistance des signes de déficit pancréatique existant avant l'opération. L'année suivante, troubles digestifs.

Radio : élargissement du cadre duodénal; péri-duodénite; mauvaise vidange du duodénum mais pas de reflux. Pas de signes d'angiocholite. Etat stationnaire 13 mois plus tard.

Ces troubles paraissent donc survenir après une certaine période de bien-être, mais c'est parfois dans les premiers mois que peuvent apparaître les accidents comme l'indique l'observation suivante qui n'est suivie que quelques mois.

OBS. 257. — DUVAL.

(*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 45, 1919, p. 1298)

Femme opérée en janvier 1919 pour obstruction calculeuse du cholédoque par calcul rétro-duodénal. Drainage suivi de fistule biliaire totale.

Opération 20 juillet 1919 : Atrésie du segment sus-vatérien du cholédoque; résection de la fistule dont l'orifice d'implantation sur le cholédoque est employé pour l'anastomose.

C.D.S. latéro-latérale rétro-duodénale.

Suites : 3 mois. Très simples au début mais trois mois après présente un léger ictère certainement dû à une poussée d'angiocholite (CHAUFFARD).

Du point de vue radiologique, nous trouvons la même proportion de cas avec et sans reflux duodénal (2 cas de reflux, 2 cas sans reflux).

3° Résultats éloignés mauvais des cholédocoduodénostomies latéro-latérales pour sténose basse.

Dans l'analyse de ces faits un facteur vient parfois apporter une cause d'erreur : alors que pour les H.D.S.

l'indication était rarement posée par l'existence d'une tumeur, ici au contraire, nous avons beaucoup plus souvent à tenir compte de ce facteur évolutif. Il semble cependant que les six observations suivantes avec décès non suivies d'autopsie ne puissent être récusées pour l'étude fonctionnelle de l'anastomose.

OBS. 258. — WALTERS W.

(S. G. O., t. 48, 1929, p. 305;

S. G. O., t. 56, 1933, p. 235)

Femme de 25 ans; ictère et coliques depuis trois mois. Ectomie en 1926, suivie d'ictère par rétention.

Opération 30 septembre 1926 : Sténose de la partie basse du cholédoque. Gros foie scléreux.

C.D.S.

Suites : 5 ans. Guérison parfaite au début. Après 6 mois frissons, ictère, fièvre, avec gros foie (angiocholite). On avait fait une anastomose large. Tubage duodénal : donne un écoulement de bile normal. Apparition d'une ascite qui céda au traitement médical. Revue en octobre 1927 : pas d'ictère, pas d'ascite, pas de fièvre, mais gros foie. Revient le 10 juillet 1931 avec un ictère intense, gros foie, frissons, fièvre et ascite. Décès le 21 juillet 1931 de broncho-pneumonie.

D'après l'auteur ce cas montre l'influence de l'atteinte hépatique antérieure sur les suites opératoires.

OBS. 259. — WHIPPLE A.-O.

(In Eliot, *Ann. Surg.*, 1936)

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.

Opération : C. D. S.

Suites : Va bien pendant 30 mois, puis apparition d'un

ictère par rétention et mort 3 mois plus tard (décès attribué à un cancer, mais pas d'autopsie).

OBS. 260. — PEMBERTON.

(In WALTERS W. S. G. O., 1932, t. 55, p. 648)

Homme de 44 ans, vue en septembre 1924, pour troubles digestifs vagues sans ictère. Le 8 octobre 1924, intervention : vésicule et cholédoque un peu dilatés sans qu'on trouve d'obstacle. Ectomie. Revient en janvier 1925 avec un ictère par rétention.

Opération : Cancer de l'ampoule de Vater avec obstruction complète du cholédoque. Résection de la papille. C. D.S. latéro-latérale.

Suites : 26 mois. Revu en septembre 1926, vient d'avoir frissons, vomissements, douleurs épigastriques avec ictère progressif et amaigrissement. Nouvelle intervention : grosse masse comprimant le duodénum et le pédicule hépatique (ne parle pas de l'état de l'anastomose). Décès en mars 1927.

OBS. 261. — AUROUSSEAU.

(Com. pers., MALLET-GUY, SOUPAULT)

Femme de 46 ans; ictère chronique par rétention avec fièvre et grosse vésicule. Le 23 septembre 1932, ectomie et drainage du cholédoque pour vésicule calculeuse et voies biliaires dilatées sans calculs (pancréas normal). Fistule biliaire avec température. Lipiodol; rien ne passe dans le duodénum; cholédoque dilaté.

Opération 23 juin 1933 : Cholédoque dilaté et épaissi. Nature de l'obstacle non précisée.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 1 an. Très simples. Sort le 15^e jour; grosse amélioration pendant 6 mois, puis crises d'angiocholite et décès à la suite d'une de ces crises, le 27 juillet 1934.

OBS. 262. — VIALLE.

(*Gaz. Méd. de France*, octobre 1938, p. 859)

Femme de 45 ans; ictère par rétention typique, sans antécédent.

Opération en février 1936 : Cancer de l'ampoule de Vater. On tente une opération radicale qui est impossible.

C.D.S.

Suites : 8 mois. Résultat immédiat bon. Six mois après, signes d'angiocholite, mort de cachexie au huitième mois.

OBS. 263. — STOLZ et WEISS.

(*Thèse de WEISS*, Strasbourg, 1924)

Homme de 44 ans; ictère par rétention progressif avec douleurs et diarrhée.

Opération 16 août 1921 : Cancer du pancréas.

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : simples; guérison. Le 17 septembre, grands frissons avec température à 39° et douleurs de la région hépatique (angiocholite). Puis, tout rentre dans l'ordre; pas d'ictère, apyrexie.

Mort en décembre 1921 de cachexie.

Le facteur angiocholite est certainement prédominant comme cause de mauvais résultats et de mort : trois observations viennent en témoigner. L'une d'elles montre à l'autopsie une angiocholite pure.

OBS. 264. — TOOLE.

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 205, 1928, p. 415)

Femme de 42 ans; douleurs dans l'hypochondre droit; température à 39°; ictère. Première opération le 22 mars

1926; pas de calculs, mais bile purulente; dilatation de la papille à la pince; drainage de l'hépatique; la fièvre et les frissons persistent.

Opération 22 mai 1926 : Bile purulente.

C.D.S.

Suites : Echec. Amélioration passagère puis reprise de la fièvre et de l'ictère. Un mois plus tard, troisième opération, qui montre que la bouche anastomotique fonctionne bien mais l'hépatique contient toujours de la bile purulente. Drainage de l'hépatique, décès quelques jours après.

Deux autres permettent d'incriminer nettement la persistance du cul-de-sac sous-anastomotique qui caractérise l'intervention et dans lequel viennent se déposer des précipitations de calculs.

OBS. 265. — NISSEN.

(*Chirurg.*, 1930)

Homme âgé avec mauvais état général; ictère par rétention datant de plusieurs semaines.

Opération : Vésicule rétractée, cholédoque dilaté. On sent au niveau de la papille un obstacle dont on ne peut préciser la nature (calcul ou cancer ?). En raison du mauvais état général, on fait une C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 2 ans. Résultat excellent pendant deux ans, puis récurrence rapide des symptômes et de l'ictère. Réintervention : le cholédoque était rempli de la papille jusqu'à l'anastomose par un agglomérat biliaire. Drainage, mort.

Autopsie : des débris de calculs en remplissant tout le cholédoque avait obturé l'anastomose. En plus, grosse pancréatite.

C'est un cas où le segment exclu du cholédoque s'est

peu à peu rempli de concrétions qui ont finalement obturé l'anastomose.

OBS. 266. — DZIEMBOWSKI.

(*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1931, p. 545;

Com. pers., 1939. Dr MALLET-GUY)

Femme de 48 ans; lithiase, ictère foncé selles décolorées; état septicémique progressif.

Opération : Vésicule exclue, cholédoque très dilaté, gros calcul enclavé de la papille; bile purulente. Le calcul ne peut être enlevé que par voie transduodénale, mais vu le mauvais état général, on le laisse en place et on fait une C.D.S latéro-latérale.

Suites : 6 mois. Suites immédiates excellentes; disparition de tous les troubles; la malade se déclare complètement guérie. Six mois plus tard, retour des accidents et de l'ictère entraînant la mort.

Autopsie : un gros calcul remplissait tout le cholédoque et en s'accroissant avait obturé l'anastomose.

C'est à l'hypothèse d'un encombrement lithiasique du cholédoque de ce genre que se rattache Heyrowsky pour expliquer les mauvais résultats qu'il a eus dans deux cas.

OBS. 267 et 268. — HEYROWSKY.

(*Wiener Med. Wochen.*, t. 79, 1929, p. 654)

Chez deux malades :

Lithiase du cholédoque.

Opération : Deux C.D.S.

Suites : N'ont pas été guéris; « les crises douloureuses ont augmenté ». Coliques sans ictère. Ils avaient tous les deux un rétrécissement de l'ampoule de Vater avec

nombreux petits calculs qui ont dû s'accumuler dans la partie basse du cholédoque au-dessus de l'anastomose.

Radio : dans ces deux cas, pas de reflux.

En fait, il trouve chez une troisième malade en réintervenant un cholédoque sous-anastomique rempli de boue biliaire et de débris calculeux : l'anastomose étant elle-même rétrécie.

OBS. 269. — HEYROWSKY.

(*Wiener Med. Wochen.*, t. 79, 1929, p. 654)

Lithiase du cholédoque.

Opération : Calcul gros comme une petite noisette. Pendant les manœuvres d'expression, le calcul reflue dans le foie où il reste introuvable; « Il ne restait à faire qu'une large anastomose qui le laisserait facilement passer ».

C.D.S.

Suites : 2 ans 1/2; revient après cette date avec coliques violentes et ictère. Réintervention : rétrécissement de l'anastomose et sténose de la papille. La portion basse du cholédoque est pleine de boue biliaire et de petits calculs. On ne retrouve pas le calcul oublié précédemment et qui a dû s'éliminer. On fait une nouvelle C.D.S. Guérison. Le malade a pris 8 kg. et est resté depuis parfaitement guéri.

Radio : pas de reflux.

Réintervenant de même, Finsterer et Koujetzny doivent traiter un rétrécissement de l'anastomose.

OBS. 270. — KONJETZNY.

(*Zentr. f. Chir.*, t. 56, 1929, p. 4;

Archiv f. Klin. Chir., t. 107, 1935)

Femme de 36 ans; opérée le 7 novembre 1922, pour sténose pylorique par ulcère calleux duodéno-pylorique très adhérent. On décide une gastrectomie. Le segment inférieur du cholédoque englobé dans la masse inflammatoire est sectionné. Billoroth I.

Opération 7 novembre 1922 : C.D.S. par implantation sur drain sur le moignon duodénal à 2 cm. de la suture.

Suites : 10 ans. Suites simples, drain éliminé le 10^e jour. Reste guérie pendant 18 mois, puis coliques de l'hypochondre droit avec frissons et vomissements. Les accès augmentent de fréquence les années suivantes. En août 1927, plus de 4 ans après l'opération, ictère. En septembre, crises très violentes avec frissons, fièvre, matières peu colorées et ictère qui persiste.

Deuxième opération 10 janvier 1928 : En plein ictère par rétention. Vésicule dilatée, cholédoque gros comme le doigt contenant un calcul à sa partie inférieure, cholédocotomie, extraction de petits calculs pigmentaires. Le cholédoque est facilement perméable à une bougie de calibre ordinaire. Dilatation de l'anastomose à la bougie. Suture sans drainage. Guérison qui se maintenait excellente 10 mois, puis 4 ans après.

OBS. 271. — FINSTERER.

(*Bull. Acad. de Chir.*, Paris t. 64, 1938, p. 1252)

Femme de 47 ans. Ectomie faite ailleurs il y a 9 mois. Pendant 6 mois, fistule biliaire, puis ictère et fièvre.

Opération le 18 juin 1936 : Section du cholédoque dont il manque 2 cm. Abscessus au voisinage de la ligature. Canaux non dilatés. Papille perméable. On fait une suture bout à bout sur drain perdu passant dans le duodénum par la

papille. Au bout de six mois nouveau rétrécissement avec frissons et ictère.

Deuxième opération le 1^{er} mai 1936 : Sténose cicatricielle au niveau de la suture, hépatique dilaté contenant de la bile purulente. C.D.S. large de 4 cm.

Suites : 2 mois après la malade revient pour frissons avec fièvre élevée. *Réintervention* : duodénotomie découverte de l'anastomose qui est très rétrécie et perméable seulement à une sonde de calibre moyen. Bile trouble, mais sans calcul. Elargissement plastique de l'anastomose. Amélioration. En mai 1938, a pris six kilos : de temps en temps douleurs, urines foncées avec frissons (angiocholite) cependant elle travaille normalement.

— Au total la C.D.S. latéro-latérale semble, à lire les observations éparses que nous venons de rassembler, plus favorable que l'H.D.S. : 30 résultats éloignés excellents, 9 imparfaits, 14 mauvais. Mais sans doute faut-il tenir compte de ce fait sur lequel insiste Bernhard; que les anastomoses faites à titre d'opération primitive ont de meilleurs résultats que celles pratiquées secondairement à une ou plusieurs interventions.

Et c'est justement dans les H.D.S. que se trouve le plus grand nombre d'opérations itératives Cette explication est certainement plus plausible que celle de Mirizzi qui fait jouer à l'anneau musculaire du confluent hépato-cystique un rôle sphinctérien. Notons cependant à l'actif de cette thèse le plus petit pourcentage de reflux barytés qui semble s'observer dans l'anastomose basse. Une réserve doit cependant être

faite à cette impression un peu plus optimiste en faveur de la C.D.S. La statistique en mosaïque que nous venons d'exposer étant de valeur à priori discutable; mais l'analyse des documents de Bernhard donne bien une note à peu près semblable.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

RESULTATS CLINIQUES DES ANASTOMOSES D'INDICATION RELATIVE EN L'ABSENCE DE TOUTE STENOSE CHOLEDOCIENNE

Nous avons insisté sur la difficulté que nous avons eu à réunir des observations précises et bien suivies de C.D.S. d'indication relative. On pourrait croire après lecture de notre historique, que, vu le nombre des travaux signalés et l'importance des statistiques publiées nous réunirions dans ce chapitre un nombre d'observations important (Kaspar en réunirait 230 en 1929, Flørcken 665 en 1934 et les protagonistes de cette méthode accroissent régulièrement leurs statistiques). Si nous avons pu recueillir quelques centaines de cas, nous aurions peut-être pu juger avec une exactitude suffisante la proportion des accidents que peut entraîner la C.D.S., et établir un pourcentage.

Malheureusement, le petit nombre des observations rapportées en détail qu'il nous a été permis de retrouver, nous interdit de conclure de façon nette. Ceci est d'autant plus regrettable que cette partie de notre travail traite de la variété d'anastomose dont l'em-

ploi, les indications et les résultats sont actuellement les plus controversés, sur laquelle il y aurait intérêt, pour pouvoir la juger, à posséder le plus grand nombre possible de documents.

En principe, la C.D.S. ne joue dans le traitement de la lithiase du cholédoque, qu'un rôle essentiel : celui de la suppression du drainage biliaire externe qui était déjà l'idée de Sasse. Nous rappellerons très brièvement les critiques que l'on a faites du drainage externe et les avantages que l'on reconnaît à la dérivation interne. Les inconvénients du drainage externe peuvent se résumer ainsi : il nécessite un tamponnement sous-hépatique qui complique les suites opératoires, expose aux hémorragies lors de son ablation, aux éventrations, et retarde la cicatrisation. Le drain de Kehr laissé longtemps en place peut léser les parois cholédociennes, et son ablation peut être suivie d'un rétrécissement cicatriciel, il expose surtout à la fistule externe. On lui oppose surtout des inconvénients d'ordre physiologique dus à l'écoulement de la bile à l'extérieur : cette déperdition importante détruit le cycle entéro-biliaire et l'équilibre nutritif instable des hépatiques, elle oblige le foie à une hypersécrétion constante, entraîne un amaigrissement important : bref, il est antiphiysiologique. Enfin, certains lui reprochent la mortalité élevée qu'il leur a donnée (Jurasz, 19 %; Finsterer, 22 %).

La dérivation interne aurait comme avantages : de permettre un écoulement continu de la bile dans l'intestin ce qui évite la stase biliaire : facteur qui a un rôle essentiel dans le déclenchement et la per-

sistance des phénomènes infectieux au niveau de l'arbre biliaire. Si donc, on fait une anastomose large, on supprime la stase et partant l'infection en rétablissant la chasse biliaire : c'est de ce principe qu'est née l'idée qui nous paraît, à priori paradoxale, de traiter l'angiocholite par une opération, elle-même facteur d'angiocholite.

L'anastomose évitant la stase, supprime en même temps l'infection et les phénomènes spasmodiques que celle-ci fait naître au niveau de la papille : de là est née l'indication de la C.D.S. dans les pseudo-récidives après cholécystectomie, dans les pancréatites et les diverses « dyskinésies ». Elle a comme autre avantage de permettre un drainage très prolongé certains vont même jusqu'à penser que l'anastomose se ferme lorsque la voie biliaire retrouve sa perméabilité normale (nous serions plutôt tentés de croire qu'une anastomose qui s'est oblitérée n'a jamais fonctionné correctement). Enfin certains auteurs (Brackertz, Talmann) jugent l'anastomose de la voie principale supérieure aux anastomoses de la vésicule, qui, d'après eux, exposent davantage à l'infection ascendante.

Dans la lithiase du cholédoque, les indications de la C.D.S. varient avec les auteurs : certains la font systématiquement dans tous les cas en remplacement du drain de Kehr, d'autres ne la pratiquent que dans les cas compliqués d'angiocholite grave chez des sujets âgés à état général mauvais, ou au contraire la réservent aux cas moins graves chez des sujets résistants. Beaucoup reculent devant ses difficultés

techniques (obèses, cholédoque friable, à parois minces ou peu dilaté), pour ne la pratiquer que dans les cas avec cholédoque très dilaté et épaissi, ou lorsqu'il semble exister un obstacle relatif au niveau de la papille. Les uns la réalisent en cas de calculs multiples quand ils redoutent de ne les avoir pas enlevés tous, ou quand il existe avec de la bile purulente, du sable biliaire ou des calculins dont la persistance est un facteur de récurrence ; d'autres la réservent uniquement aux récurrences. Nous avons déjà vu au chapitre précédent le danger relatif qu'il y avait à laisser un obstacle à la partie terminale du cholédoque : ainsi l'indication qui a été proposée de la C.D.S. pour calcul enclavé de l'ampoule de Vater et, laissé en place, nous paraît fâcheuse. L'opération n'est justifiée que si l'on a évacué très complètement la voie principale.

En dehors de la lithiase l'anastomose « mérite d'être largement appliquée quand il faut agir sur un élément de stase du système biliaire par lésion inflammatoire ou troubles fonctionnels » elle supprime l'état spastique du sphincter d'Oddi.

Du point de vue technique on ne pratique dans ces cas d'indication relative que la C.D.S. latéro-latérale.

La plupart des auteurs conseille de faire l'anastomose large (de 1 à 2 centimètres) et surtout, pour assurer son bon fonctionnement de la réaliser par accollement soigneux des 2 organes « sans tension », pour ce faire ils recommandent de placer la bouche bas, au point de croisement du cholédoque et du duodénum, de façon à la faire plutôt rétroduodénale que sus-duodénale. De façon générale on ne fera pas de

drainage : cependant Finsterer le pratique en cas d'angiocholite calculeuse.

Pratiquées dans les conditions que nous venons d'énoncer les anastomoses de la voie biliaire principale semblent donner des résultats meilleurs qu'en cas d'obstacle permanent.

A. — Résultats éloignés parfaits de la cholédocoduodénostomie d'indication relative

En ne tenant compte que des observations publiées en détail, nous avons réuni 40 cas et n'avons retenu que ceux qui ont été pratiqués pour une indication relative certaine et ceux où la perméabilité de la papille était mentionnée. Sur ces 40 cas, nous pouvons apporter 30 résultats excellents, dont beaucoup ont été suivis de 4 à 6 ans et davantage.

OBS. 272. — FINSTERER.

(*Bull. Soc. de Chir.*, Marseille, t. 9, 1935, p. 501)

Homme de 59 ans. Il y a 12 ans, syndrome cholédocien pour lequel il est opéré.

Opération : Occlusion complète du cholédoque avec température élevée et frissons depuis un mois. Cholédoque très dilaté contenant 20 calculs et de la bile purulente. Calcul enclavé de la papille. Ectomie. C.D.S. large de 2 cm.

Suites : Guérison. Depuis 12 ans a repris 25 kg. Pas de troubles. Jamais d'ictère. Le malade est dans un « état de santé superbe ».

Radio : montre déjà sur le malade debout un remplissage des ramifications de l'hépatique pourtant le résultat est parfait.

OBS. 273. — KLOSTERMANN.
(Thèse de Dusseldorf, 1937)

Homme de 48 ans; coliques hépatiques depuis 17 ans; ectomie pour calculs il y a 16 ans. Depuis 5 ans, nouvelles coliques avec poussées d'ictère. Deuxième opération le 20 avril 1928 : calcul enclavé du cholédoque; cholédocotomie; cholédoque épaissi et fibreux; cathétérisme facile; drain de Kehr. Deux mois après, nouvelles douleurs et en janvier 1929, angiocholite aiguë.

Opération 16 mai 1929 : Cholédoque comme le pouce; pas de calcul; orifice de drainage encore visible; sténose incomplète de la partie inférieure (une bougie pénètre dans le duodénum avec quelque résistance).

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : Guérison rapide; n'a plus aucun trouble depuis l'opération; selles et urines normales; a engraisé et travaille. 8 ans.

OBS. 274. — DZIEMBOWSKI
(Soc. des Chirurgiens de Paris, 1931, p. 545;
Com. pers., 1939. Dr MALLET-GUY)

Femme de 28 ans; en 1922, cholécystite avec angiocholite aiguë. Etat grave, frissons, température, ictère foncé, réaction péritonéale. Vésicule très altérée, contenant des calculs. Ectomie. Fistule cholédoco-duodénale; pas de calculs dans le cholédoque.

Opération : C.D.S. latéro-latérale avec les orifices pathologiques excisés.

Suites : 8 ans; excellentes; suivie pendant 8 ans. Ré-

sultat éloigné parfait. A eu plusieurs grossesses et n'a jamais présenté le moindre trouble.

OBS. 275. — STOLZ et WEISS.
(Thèse de WEISS, Strasbourg, 1924)

Femme de 55 ans; coliques et ictère intermittent, sans température depuis 1 an.

Opération 14 juillet 1916; fistule cholécysto-duodénale; suture du dodénum; pas de calcul dans le cholédoque. Tumeur grosse comme une noix dans la tête du pancréas, de nature indéterminée. Ectomie et C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 7 ans; guérison rapide; revue trois mois après, après quelques vomissements et des douleurs épigastriques, Examen négatif. Etait en bonne santé en mai 1923.

OBS. 276. — FINSTERER.
(Bull. Soc. de Chir., Marseille, t. 9, 1935, p. 501)

Femme de 75 ans. Depuis 3 mois douleurs, fièvre et ictère. Depuis 2 mois, occlusion complète du cholédoque, température à 39°, très mauvais état général. L'opération fut déconseillée.

Opération le 29 mai 1927 : Gros foie, vésicule épaissie pleine de calculs, cholédoque très dilaté contenant de nombreux calculs. Ectomie. Cholédocotomie. Il s'écoule du pus à la place de bile.

C.D.S. latéro-latérale, drainage de l'abdomen.

Suites : Guérison. Amélioration lente au début. Depuis 7 ans guérison complète, augmentation considérable du poids, état parfait. Jamais d'ictère ni de température. Malgré ses 82 ans la malade est très vigoureuse.

Radio le 5 août 1938 : Reflux, le cholédoque et l'hépatique se remplissent seulement après un repos en décubitus latéral droit prolongé.

OBS. 277. — KLOSTERMANN.
(Thèse de Dusseldorf, 1937)

Femme de 41 ans; cholécystite avec poussées de température et ictère depuis 4 ans. Depuis 4 mois, ictère, décoloration des selles.

Opération 13 mars 1930 : Vésicule adhérente, sans calcul; petit calcul dans le cholédoque. Cholédocotomie. Il s'écoule de l'hépatique du sable biliaire et de petits calculs. La papille n'admet qu'une sonde de petit calibre.

C.D.S.

Suites : 6 ans 1/2; sort guérie le 30^e jour; revue le 22 novembre 1936, va très bien; aucune douleur depuis l'opération; appétit excellent mange de tout; selles régulières; aucun trouble; pas d'ictère; poids normal; a engraisé.

Radio : pas de reflux.

OBS. 278. — FINSTERER.
(Bull. Soc. de Chir., Marseille, t. 9, 1935, p. 501)

Femme de 70 ans. Lithiase depuis 13 ans. Depuis un an crise très violente avec ictère. Depuis 3 mois occlusion complète du cholédoque avec température élevée et continue (à 40° depuis une semaine) pouls 130.

Opération le 25 mars 1928 : Vésicule épaissie mais vide : ectomie. Cholédoque très dilaté contenant 29 calculs dont un enclavé dans la papille. Il s'écoule du pus à la place de bile. Gros foie mou « avec petits abcès disséminés visibles sous sa capsule ».

C.D.S. latéro-latérale large de deux travers de doigt. Drainage de l'abdomen.

Suites : Etat septicémique très grave les premiers jours. Anurie. Suppuration pariétale. Guérison lente avec grosse éventration. Guérison complète depuis 6 ans, a pris 10 kg.

Radio en 1934, montre que l'anastomose est largement perméable, en décubitus latéral droit le cholédoque et les ramifications de l'hépatique sont injectés.

OBS. 280. — GULEKE.

(Comm. pers., mars 1939, MALLET-GUY.)

Homme de 71 ans; à Noël 1931, douleurs dans l'hypo-chondre droit avec frissons et ictère léger. En 1932, de nouveau ictère avec douleurs vives, amaigrissement, température à 39°.

Opération 9 juillet 1932 : Nombreux calculs vésiculaires, cholédoque gros comme le pouce contenant un gros calcul. Ectomie et C.D.S latéro-latérale.

Suites : 6 ans. L'anastomose fut faite malgré l'ablation de la cause d'obstruction du cholédoque pour permettre un écoulement plus facile de la bile et parce qu'il y avait de nombreux petits calculs dans les voies biliaires. Depuis l'opération, aucun trouble, pas de douleurs, pas d'ictère.

Radio : Reflux massif dans les voies biliaires qui sont modérément dilatées; on ne voit pas le segment exclu du cholédoque inférieur.

OBS. 281. — GULEKE.

(Comm. pers., mars 1939)

Femme; ectomie en 1933. Reprise des crises douloureuses en 1934, pour lesquelles on réintervient.

Opération 1934 : Cholédoque gros comme le doigt sans calcul; pas de rétrécissement cicatriciel. Cholédoque perméable (pseudo-récidive après ectomie).

C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 6 ans; en 1939 état passable; elle a eu de nouvelles douleurs avec élévation de température, mais sans ictère, plusieurs fois.

Radio le 31 mars 1939 : reflux dans l'hépatique dilaté. Dilatation des branches de bifurcation de l'hépatique et des fines ramifications biliaires. On voit le cholédoque inférieur rempli de baryte qui se vide dans le duodénum.

OBS. 282. — HOLLENBACH
(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 225, 1929, 378.)

Femme. Ectomie « idéale » en janvier 1923. Calculs de la vésicule, 7 jours plus tard récidive des coliques durant 12 heures, presque journalière, avec léger ictère.

Opération : induration diffuse du pancréas. Le cholédoque est perméable à une sonde de calibre ordinaire (pancréatite).

C. D. S.

Suites : guérison excellente se maintenant depuis plus de 5 ans 1/2.

OBS. 283. — LOWENSTEIN
(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. 147, 1927, p. 655. (Obs. : 3.)

Femme de 31 ans, malade depuis 7 ans. Stomie un an auparavant.

Obstacle de la papille relatif qui laisse passer le cathéter.

Fistule persistante avec ictère.

Opération, le 7 avril 1922 : calcul de la papille.

C. D. S.

Suites : 5 ans. Excellentes, ni douleur, ni ictère, a pris 46 livres.

OBS. 284. — KLOSTERMANN
(*Thèse de Dusseldorf*, 1937.)

Femme de 36 ans; ectomie en septembre 1930, pour lithiasse avec ictère avec drainage du cholédoque. Neuf mois plus tard, de nouveau coliques et ictère.

Opération, 26 novembre 1931 : fistule cystico-duodénale; calcul du cystique; contenu purulent très fétide. Calcul comme une cerise enclavé dans la papille. Ablation du calcul; la papille est libre. Pour éviter les récidi-
ves, C. D. S.

Suites : 5 ans; fistule biliaire qui se tarit après 50 jours; depuis, va bien; aucun ictère.

Radio : pas de reflux : debout ou en position couchée, on ne voit rien d'anormal. Revue le 21 novembre 1936. Peut faire son ménage mais rien de plus pénible. Se plaint de douleurs dorsales et épigastriques survenant toutes les 6 ou 8 semaines. Pendant ces crises le foie est un peu gros, les douleurs durent environ une heure, sont indépendantes des repas. Pendant ce temps, les urines sont plus colorées, constipation. Suit un régime; pas d'autres troubles, pas d'ictère.

A l'examen : bon état général, a engraisé; le foie est normal.

OBS. 285. — FINSTERER

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, 1929, t. 156, p. 432.)

F. 64 ans. Crises lithiasiques graves depuis 6 ans. La dernière remonte à 3 semaines avec ictère, frissons, température à 40°. Gros amaigrissement. Etat général très grave, somnolence.

Opération, le 27 novembre 1924 : vésicule petite, enflammée, contenant deux calculs. Cholédoque dilaté contenant plusieurs calculs. Bile purulente. C. D. S. large de 2 cm. après ablation des calculs. Drainage.

Suites : très impressionnantes au début, puis chute de la température et lente convalescence. Revue en mars 1929 : guérison, pas de température, bonne reprise de poids. (4 ans.)

OBS. 286. — KLOSTERMANN
(Thèse de Dusseldorf, 1937)

Femme de 55 ans; antécédents lithiasiques de 5 ans avec ictère intermittent.

Opération, 8 juillet 1932 : vésicule épaissie et adhérente contenant des calculs; cholédoque gros comme le doigt avec calcul dans sa portion pancréatique; on ne peut les enlever.

Ectomie + C. D. S.

Suites : 4 ans; fait dans les suites opératoires un abcès sous-hépatique qui est évacué. Sort le 34^e jour.

Revue le 21 novembre 1936; très bon état général, pas d'ictère, peut faire son travail à la maison et de longues promenades. Mange de tout; elle suit cependant un régime. Examen négatif; le foie n'est pas gros; aucune douleur; a pris 20 livres en 4 ans.

Radio : estomac se vidant rapidement; pas de reflux, debout et couchée.

OBS. 287. — KLOSTERMANN
(Thèse de Dusseldorf, 1937)

Femme de 54 ans ; coliques hépatiques très anciennes; depuis 6 ans, douleurs, frissons, température et ictère intermittents.

Opération, 20 septembre 1932 : vésicule calculeuse, scléro-atrophie; la voie biliaire principale est entièrement remplie par un agglomérat de calculs allant du pancréas jusqu'au foie. Cholédoque gros comme le pouce, ablation des calculs. Vu la disproportion entre le diamètre du cholédoque dilaté et la papille, on fait une ectomie et C.D.S.

Suites : 4 ans; guérison sans incidents; revue le 21 novembre 1936 : bon état général; pas d'ictère; mange de tout. Urines normales, très vague douleur dans l'hypo-

condre droit. Quelques vomissements bilieux; a pris 13 kg. en 4 ans. Examen négatif. Foie non gros.

Radio : pas de reflux.

OBS. 288. — DZIEMBOWSKI

(*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1931, p. 545;

Comm. pers., 1939 (MALLET-GUY.)

Homme de 38 ans; en 1930, opéré d'urgence pour péritonite aiguë par perforation du cholédoque qui est gangrené sur un gros calcul sorti du canal : bile purulente.

Opération : fermeture de l'orifice cholédocien, ce qui amène un rétrécissement du canal. Ectomie et C. D. S. latéro-latérale.

Suites : 4 ans ; guérison; résultat éloigné excellent; n'a eu aucun trouble pendant 4 ans.

Radio : plusieurs examens n'ont pas montré de reflux.

OBS. 289. — TOOLE

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 205, 1928, p. 415.)

Homme de 48 ans; douleurs de l'hypocondre droit; température élevée, ictère.

Opération, 19 novembre 1924 : cholédoque comme le doigt, contenant deux calculs dont on fait l'ablation; bile purulente.

C. D. S.

Suites : 3 ans; guérison parfaite en 1928.

OBS. 290. — FINSTERER

(*Beil. Arztlichen Fortbildung*, 1931.)

F. 77 ans : lithiase biliaire depuis 49 ans. Au début crises très violentes puis très longue accalmie. Depuis 2 ans crises aiguës avec frissons. Depuis 3 mois elles sont

devenues très fréquentes avec ictère, température et frissons.

Opération, le 31 mars 1925 : très grosse femme obèse, emphysémateuse, arthritique, artério-sclérose. Adhérences nombreuses, pas de calcul dans la vésicule. Enorme cholédoque contenant un calcul comme un œuf de pigeon. Ectomie, cholédocotomie, extraction de 6 calculs. En raison de l'angiocholite, C. D. S. large de deux doigts. Drainage.

Suites : pendant 3 jours léger écoulement de bile par la plaie. Guérison rapide. Etat parfait pendant 3 ans, puis troubles vasculaires. Décès en mars 1931 : attaque d'apoplexie.

OBS. 291. — DAVID
(Prague, 1932 (Obs. : 29).

Femme de 46 ans. Douleurs et ictère à l'âge de 20 ans après un empoisonnement. Depuis 3 ans, crises aiguës avec ictère. En août 1928, nouvelle crise très violente avec ictère variable et prurit.

Opération, le 8 mai 1929 : adhérences serrées. Hémorragie en nappe. Petite vésicule exclue. Cholédoque dilaté rempli de gros calculs. Cholédocotomie, ablation des calculs. Résistance de la papille à la sonde : on n'est pas certain que la papille soit franchissable aussi :

C. D. S. latéro-latérale.

Suites : 2 ans 1/2 : très simples, selles colorées au 5^e jour.

Revue le 7 octobre 1931 : depuis l'opération, état excellent, aucun trouble, pas de douleur, ni frisson, ni ictère, ne suit aucun régime.

Radio le 20 octobre 1931 : reflux au bout de 2 h. 1/2 dans les voies biliaires extra-hépatiques.

OBS. 292. — LOEWENSTEIN

(*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. 147, 1927, p. 655. Obs. : 8.)

Femme de 43 ans. Lithiase ancienne. Poussées d'ictère fréquentes

Opération, le 3 mai 1925 : calcul de la papille

C. D. S. (indication relative).

Suites : 2 ans. Guérison. Très bon résultat au bout de ce temps, a pris 30 livres.

OBS. 293. — SASSE

(*Arch. f. Clin. Chir.*, t. 100, 1913, p. 969.)

Homme de 57 ans; lithiase vésiculaire et cholédocienne. Depuis trois mois, amaigrissement, coliques, vomissements et ictère foncé. Empâtement de la région vésiculaire.

Opération, 18 novembre 1910 : vésicule calculeuse; fistule cholécysto-duodénale; cholédoque dilaté contenant un calcul; cholédocotomie; extraction du calcul. La sonde passe facilement dans le duodénum mais pas l'injection de sérum. Comme il y a un obstacle relatif, on pratique ectomie et C. D. S. latéro-latérale.

Suites : évolution « idéale »; suture étanche; disparition rapide de l'ictère. Vingt-trois mois plus tard, état excellent sans troubles.

OBS. 294. — TOOLE

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 205, 1928, p. 415.)

Femme de 52 ans; douleurs de l'hypochondre droit; ictère, température à 40°. Première opération en mars 1914 : vésicule scléro-atrophique ; deux calculs dans la portion terminale du cholédoque : ectomie et drainage de l'hépatique. Guérison pendant 9 ans, puis de nouveau ictère, température à 40°.

Opération, 5 janvier 1924: cholédoque dilaté; un calcul dans l'ampoule de Vater qui est perméable.

C. D. S. latéro-latérale.

Suites : 20 mois: grande hémorragie post-opératoire; guérison. Est restée guérie 20 mois; décès le 26 novembre d'une affection gastro-intestinale sans rapport avec l'angiocholite.

OBS. 295. — FINSTERER

(*Archiv. f. Klin. Chir.* 1929, t. 156, p. 432.)

F. 67 ans : dyspepsie ancienne. Ictère avec décoloration des matières depuis 3 mois, très mauvais état général, somnolence. Oligurie. Après radio on pense à un cancer gastrique avancé.

Opération, le 15 juillet 1927 : il n'y a rien à l'estomac. Vésicule atrophique contenant deux calculs. Cholédoque très dilaté rempli de calculs. Calcul comme un œuf de pigeon enclavé dans la papille. Foie cirrhotique. Ablation des calculs. Bile blanche. C. D. S. large de deux doigts. Drainage.

Suites : les premiers jours insuffisance hépatique inquiétante, oligurie qui cède au traitement médical. Après quatre semaines, incision d'un abcès sous-phrénique droit suivie trois semaines plus tard d'une pleurésie purulente qui est drainée. Guérison : va bien en avril 1929 (20 mois).

OBS. 296. — HOLLENBACH

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 225, 1929, 378.)

Ectomie en décembre 1926 pour vésicule scléro-atrophique non lithiasique. Sténose de la partie basse du cholédoque qui est dilaté aux bougies d'Hegar. Drain en T dans le cholédoque. Six semaines après : récurrence des douleurs presque chaque jour avec ictère.

Opération : trois mois plus tard. Induration de la tête du pancréas.

Cholédoque perméable à une sonde de petit calibre.

C. D. S.

Suites : guérison de 20 mois.

OBS. 297. — HOLLENBACH

(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 225, 1929, 378.)

Ectomie en mars 1927 pour cholécystite aiguë calculieuse. Inflammation aiguë de la tête du pancréas. Trois semaines plus tard coliques avec ictère léger.

Opération, le 65^e jour : induration de la tête du pancréas. Cholédoque perméable à une grosse sonde.

C. D. S.

Suites : guérison de 20 mois.

OBS. 298. — SASSE

(*Arch. f. Clin. Chir.*, t. 100, 1913, p. 969.)

Femme de 68 ans; lithiase vésiculaire et cholédocienne; cholécystite aiguë avec angiocholite, depuis 4 jours, avec température élevée, frissons, vomissements et ictère foncé.

Opération, 10 mai 1911 : empyème de la vésicule. Cholédoque gros comme le pouce. Tuméfaction de la tête du pancréas dont on ne peut préciser la nature. Cholédocotomie, ablation d'un gros calcul. La papille est perméable à la sonde, mais l'injection de sérum salé ne passe pas. Comme il y a un obstacle relatif, on pratique ectomie + C. D. S. latéro-latérale.

Suites : 18 mois; suture étanche; évolution parfaite sans troubles; santé excellente depuis 18 mois.

OBS. 299. — RUMMEL
(*Zent. f. Chir.*, t. 53, 1926, p. 266.)

Homme de 37 ans. Coliques hépatiques depuis trois mois, puis ictère, fièvre et décoloration complète des matières. Ectomie; calcul du bassinet; cholédoque gros comme le pouce : cholédocotomie; gros calcul rétro-duodénal. Drainage de l'hépatique.

Trois mois après, nouvelle crise douloureuse avec frissons, fièvre et ictère progressif.

Opération : cholédoque gros comme le pouce; pas de calcul; pas de rétrécissement; pas de pancréatite. L'ampoule fermée, cède facilement à l'introduction d'une sonde. Dilatation de la papille à la sonde et C. D. S. latéro-latérale.

Suites : 18 mois; guérison complète qui se maintenait après cette date.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une angiocholite entraînant un spasme de la papille avec stase.

OBS. 300. — DAVID
(Prague, 1932 (Obs. : 3).

Femme de 55 ans. Antécédents lithiasiques anciens.

Opération le 13 novembre 1932 : lithiasie vésiculaire, gros calcul enclavé du cystique comprimant le cholédoque. Hépatique très dilaté (2 cm.) avec calcul mais sans ictère cependant. Ectomie, cholédocotomie, ablation des calculs. La papille est franchissable à la boule de 5 mm., la dilatation considérable des voies biliaires semble expliquée par un spasme du sphincter d'Oddi, ce qui conduit à faire une anastomose au lieu du drainage classique :

H. D. S. latéro-latérale sur tube, 12 mm. avec suture incomplète en avant.

Suites : excellentes, tube éliminé à la 5^e semaine. Allait bien 18 mois après l'opération, aucun trouble.

Décès en mai 1926 de cardiopathie.

OBS. 301. — GULEKE

(Comm. pers., mars 1939 (MALLET-GUY.)

Femme de 72 ans; coliques hépatiques fréquentes avec ictère depuis 1930.* En novembre 1937, crises très violentes avec fièvre élevée et ictère.

Opération : calcul gros comme un pois.

C. D. S. latéro-latérale.

Suites : 18 mois. Excellent état. Aucune douleur. Pas d'ictère. Aucun trouble.

Radio : le cholédoque sous-anastomotique est rempli et se vide par la papille. Reflux léger dans les branches non dilatées de l'hépatique.

OBS. 302. — SASSE

(Arch. f. Clin. Chir., t. 100, 1913, 969.)

Femme de 51 ans; lithiasse vésiculaire ancienne. Récemment, ictère par rétention sans température, depuis six semaines.

Opération, 21 septembre 1910 : grosse vésicule distendue contenant un calcul; cholédoque dilaté; tumeur du pancréas. Cholécotomie : la sonde pénètre facilement dans le duodénum par la papille. Il y a cependant un obstacle relatif. Une injection de sérum ne pénètre pas. Pour cette raison on fait ectomie et C. D. S. latéro-latérale.

Suites : 14 mois; guérison sans incidents. Suture étanche; reprise rapide des forces.

Décès en novembre 1911, avec apparition d'une tumeur abdominale sans ictère. Pas d'autopsie.

OBS. 303. — FENKNER

(*Arch. f. Clin. Chir.*, t. 161, 1930, p. 329.)

Opération le 3 avril 1924 pour lithiase biliaire. Drain en T pendant 5 jours. La fistule réapparaît au quatorzième jour et devient totale. On pense à un calcul oublié.

Opératin, 27 mai 1924 : C. D. S. sur tube ressortant par la plaie.

Suites : 6 ans; ablation du tube au 5^e jour; cessation immédiate de l'écoulement. Guérison qui s'est maintenue par la suite.

Décès en janvier 1939, de cancer du cæcum.

Autopsie: on ne retrouve aucune trace de l'anastomose qui n'avait sans doute jamais été épithélialisée; le cholédoque avait retrouvé sa perméabilité.

L'auteur conclut que c'est une opération de courte durée.

A ces bons résultats nous devons ajouter 10 observations de Heyrovsky (*Wein Med. Wochen.*, T. : LXXIX, 1929). Dans ce travail où il donne les suites éloignées de 14 opérés; nous retrouverons plus loin les quatre cas qu'il a publiés en détail comme mauvais résultats. Nous croyons donc nécessaire de rappeler ici, les 10 cas favorables dont certains ont été suivis 6 ans, mais ainsi que nous l'avons précisé, nous ne pouvons en faire état, car les observations ne sont pas détaillées.

**B. — Résultats imparfaits
de la cholédocoduodénostomie
d'indication relative**

Ils se résument à quatre cas : dans trois il s'agissait de récidives douloureuses après cholécystectomie, dans le dernier il s'agissait de récidives douloureuses après C.D.S. pour lithias cholédocienne.

OBS. 304. — LIEK

(*Arch. Clin. Chir.*, t. 128, 1924. p. 118.)

Femme de 30 ans; ectomie pour lithias le 21 juillet 1919; guérison rapide, mais récidive des douleurs peu après. On pense à un calcul du cholédoque oublié. En 1920 : hystérectomie après avortement. En novembre 1922, crises presque journalières du type lithiasique nécessitant la morphine, calmées passagèrement par l'atropine.

Opération, 1^{er} mars 1934: cholédoque dilaté sans calcul; exploration entièrement négative; papille perméable à une grosse sonde; bile claire stérile, pancréas normal.

C. D. S. latéro-latérale.

Suites : guérison; cependant, au seizième jour, fortes coliques dans les semaines suivantes. Malgré une amélioration évidente, la malade a eu des coliques d'intensité variable. Rémission pendant deux mois. Un an après, malgré un traitement à l'atropine et à la papavérine, la malade n'est pas débarrassée de ses douleurs.

OBS. 305. — HOLLENBACH
(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 225, 1929, 378.)

Stomie pour gros calcul unique de la vésicule. Ectomie quatre semaines plus tard. Immédiatement après récurrence quotidienne des douleurs mais sans ictère.

Opération, en juillet 1927 : on ne trouve aucune lésion au pancréas, le cathétérisme est normal.

C. D. S.

Suites : la malade n'était pas guérie en 1929, mais simplement améliorée.

L'auteur a fait sept C. D. S. pour récurrence douloureuse après ectomie. Il a eu 5 guérisons ou améliorations dont deux récentes. Chez une malade allant très bien, il a constaté un reflux 40 jours après l'opération.

OBS. 306. — HOLLENBACH
(*Deut. Zeit. f. Chir.*, t. 225, 1929, 378.)

Ectomie. Après quatre semaines, récurrence des douleurs qui deviennent journalières et durent 2 à 3 heures.

Opération, 14 mois plus tard, en juillet 1927 : induration de la tête du pancréas, gêne manifeste au cathétérisme du cholédoque.

C. D. S.

Suites : guérison qui se maintenait 15 mois après. En fait l'état est simplement amélioré car la malade a eu deux crises légères au 9^e et au 14^e mois.

OBS. 307. — KLOSTERMANN
(*Thèse de Dusseldorf*, 1937.)

Femme de 53 ans; lithiase très ancienne avec ictère intermittent.

Opération, 26 janvier 1933 : grosse vésicule adhérente

contenant une centaine de calculs; cholédoque comme le petit doigt rempli de calculs.

Papille perméable, mais, du côté du foie on se heurte toujours à des calculs (lithiasie intra-hépatique).

Ectomie et C. D. S.

Suites : 3 ans 1/2 : phlébite de la jambe droite; guérison. Revue le 25 novembre 1936; a commencé à souffrir de coliques légères en 1935 qui ne se sont pas reproduites après une cure de cholagogues.

Depuis 1936, douleurs vives au niveau de la cicatrice et dans le bras droit. Cependant, elle peut travailler; bon appétit, pas d'ictère; selles et urines normales; le foie est légèrement sensible mais non hypertrophié.

Radio : pas de reflux debout ou en décubitus latéral droit.

C. — Les mauvais résultats de la cholédocoduodénostomie d'indication relative

Nous avons cinq observations.

— Voici en premier lieu deux faits d'ordre clinique : avec angiocholite.

OBS. 308. — DAVID
(Prague, 1932 (Obs. : 14.)

Femme de 50 ans. Crises lithiasiques depuis 20 ans.

En novembre 1924, crise très violente avec mauvais état général : stomie pour empyème de la vésicule. Réapparition des troubles en août 1926 avec ictère sans température.

Opération, le 25 janvier 1927 : vésicule très adhérente:

ectomie. Gros calcul du cholédoque qui est dilaté comme le doigt. Cholédocotomie, ablation du calcul.

C. G. S. latéro-latérale avec l'orifice de cholédocotomie (le duodénum enfoui dans les adhérences n'a pu être utilisé).

Suites : 4 ans 1/2. Guérison. Revue en décembre 1927, va bien, n'a plus souffert, aucun régime, vague pesantier de l'hypocondre droit. Le 30 janvier 1928, a eu des frissons avec température élevée et douleur épigastrique sans ictère. (Angiocholite ?).

Radio : reflux dans les voies biliaires intra-hépatiques.

Revue à nouveau le 16 octobre 1931, n'a pas eu d'ictère depuis l'opération, mais deux fois par an environ frissons avec sueurs et température à 39°, malgré cela elle a pris 12 kgr.

Radio : reflux jusque dans les plus fines voies biliaires intra-hépatiques qui persiste 1 heure 1/2. Le cholédoque supra-duodénal est encore très dilaté.

OBS. 309. — TOOLE

(*Deut Zeit. f. Chir.*, t. 205, 1928, p. 415.)

Homme de 37 ans; angiocholite avec fièvre et ictère. Le 4 novembre 1921, première opération : vésicule distendue et enflammée, gros foie congestif; cholédocotomie, pas de calculs; drainage de l'hépatique. Vingt-sept jours après, reprise de la température à 39°5; le 8 décembre 1921, nouvelle intervention de drainage. -

Opération, le 18 février 1922 : C. D. S. latéro-latérale.

Suites : chute de la température pendant quelques semaines, puis reprise des phénomènes infectieux avec température à grandes oscillations.

Décès deux ans après l'intervention.

— Dans trois cas de réintervention on a pu faire des constatations intéressantes. Dans le premier on a supprimé l'anastomose qui avait entraîné de l'angiocholite. Dans le second il y a eu précipitation de calculs dans la portion sous-anastomotique du cholédoque. Enfin la dernière montre le rôle de la stase biliaire comme facteur d'angiocholite.

OBS. 310. — BENGOLEA et SUAREZ

(*Revista Med. Quir. Patol. Femenina*, t. 5, 1937, p. 332.
Mém. Acad. Chir. Paris, 1937, p. 333.)

Femme de 32 ans. Depuis 1932, passé lithiasique avec coliques hépatiques suivies d'ictère. Opérée en janvier 1933 dans le Service de Mirizzi: cholecystite calculeuse. Pendant l'opération, une cholangiographie montre un écoulement difficile du lipiodol dans le duodénum. On porte le diagnostic d'« oddite » sténosante.

Opération : ectomie et C. D. S. suivant la technique d'Alessandri.

Suites : pendant 2 ans, grosse amélioration, puis apparition de douleurs dans l'hypocondre droit avec troubles dyspeptiques. Gros foie et mauvais état général. Tubage. L'épreuve de Melzer-Lyon provoque une douleur intense et donne une bile chargée de flocons purulents.

En novembre 1936, radiographie : reflux important dans les voies biliaires. En injectant du thorotrast dans le duodénum par la sonde d'Einhorn on obtient l'injection de toutes les voies biliaires intra-hépatiques. Traitement médical jusqu'en mai 1936. Réintervention : le 28 mai 1936 : on porte le diagnostic d'angiocholite chronique ascendante et on décide de supprimer l'anastomose. Isolement de l'anastomose que l'on sectionne. Fermeture de l'orifice duodénal, exploration du cholédoque. Le passage dans le duodénum se fait sans difficulté. Mise en

place d'un drain de Kehr. Suites excellentes. Avant la suppression du drain, faite au 24^e jour, on a fait l'examen au lipiodol qui a montré un transit normal sans obstacle.

Par la suite la malade a été opérée d'une ptose rénale droite. Dix mois après la suppression de l'anastomose la malade est en bonne santé.

OBS. 311. — BONATELLI

(*Mém. della Soc. Lombardia di Chirurgia*, t. VI, 1938.)

Femme de 44 ans, opérée 3 ans auparavant de cholécystite calculueuse.

Opération : ectomie et C. D. S.

Suites (28 octobre 1936) : depuis quelques mois troubles digestifs continus, pyrosis, éructations, douleurs dans l'hypocondre droit. Examen négatif.

Radio le 2 octobre 1936 : par la pression sur le duodénum on fait apparaître un reflux dans le cholédoque qui apparaît très dilaté. Sur la radiographie on constate qu'il existe au-dessous de l'anastomose trois volumineux calculs qui se dessinent en clair sur la baryte. Vingt-quatre heures après il reste encore un peu de baryte dans les voies biliaires.

Réintervention le 7 novembre 1936 : adhérences serrées réunissant tous les organes, rendant toute opération impossible. On sent nettement à la palpation la masse dure formée par les calculs entassés dans le cholédoque sous-anastomotique.

OBS. 312. — FINSTERER

(*Bull. Acad. de Chir.*, Paris t. 64, 1938, p. 1252)

Femme de 57 ans, lithiase du cholédoque, opérée par C. D. S. il y a 2 ans 1/2 et restée sans troubles. Puis signes d'angiocholite.

Radio révèle non seulement un reflux dans tout l'arbre biliaire, mais encore une stase sous-papillaire du duodénum avec résidu après 24 heures.

Opération : on trouve un duodénum dilaté par un cancer partant du bord inférieur du pancréas et comprimant la portion verticale du duodénum. La C. D. S. admettait un doigt. La stase duodénale put être supprimée par une gastro-entéro-anastomose et la malade vécut sans troubles jusqu'à son décès. Cette observation a pour but de montrer le rôle de la stase comme facteur d'angiocholite.

Nous voyons donc une différence très nette entre ces résultats et ceux des anastomoses faites pour sténoses; mais nous devons dire qu'il ne nous semble pas que les résultats soient aussi régulièrement parfaits que l'indiquent certains protagonistes de la méthode. En joignant à ces faits les documents de Bernhard et quelques observations que nous donnerons plus loin en étudiant la thérapeutique d'exclusion, nous arrivons à un pourcentage non négligeable de complications dont certaines survenant à longue échéance.

Notons seulement que nous avons de bons résultats dans les trois-quarts des cas.

— Dans ce type d'anastomose qu'il faut individualiser au point de vue fonctionnel, la voie biliaire a gardé sa perméabilité ou du moins une certaine perméabilité. Le segment inférieur du cholédoque au lieu d'être un cul-de-sac de stagnation, va jouer un rôle essentiel dans la vidange de l'arbre biliaire : au cours des repas il va servir à évacuer par la papille le contenu duodénal reflué. Nous étudierons ce mécanisme dans le chapitre suivant.

Dans le cas des C.D.S. d'indication relative, cer-

tains auteurs pensent que lorsqu'il ne persiste plus d'obstacle au cours de la bile, l'anastomose a tendance à se rétrécir ou même à s'oblitérer complètement. Floercken avait constaté au cours d'autopsies que dans un cas de cholédoque oblitéré la bouche avait gardé sa perméabilité, tandis qu'elle s'était refermée dans un second où le cholédoque était perméable. Fenkner a fait la même constatation, mais il ne semble pas que ce soit une éventualité sur laquelle on puisse compter régulièrement.

CHAPITRE II

LES CONDITIONS FONCTIONNELLES DE LA CHOLEDOCODUODENOSTOMIE SUR VOIE BILIAIRE PERMEABLE

Si le pourcentage des bons résultats après C.D.S. d'indication relative, d'après les cas que nous avons pu recueillir, n'atteint pas les 85, 95 % donnés habituellement dans les statistiques globales, nous avons vu cependant que la proportion des succès après cette variété d'anastomose est très supérieure à celle obtenue avec les anastomoses pour sténose du cholédoque. Comme M. Mallet-Guy l'exposait déjà en 1937, en partant de considérations théoriques, il semble qu'il y ait lieu de distinguer radicalement du point de vue fonctionnel les anastomoses de la voie biliaire principale faites sur cholédoque perméable de celles pratiquées sur cholédoque oblitéré. C'est, semble-t-il, dans ces différences fonctionnelles qu'il faille chercher la raison du pourcentage inégal des bons résultats.

Pour étudier les conditions de fonctionnement de ces anastomoses plusieurs procédés peuvent être utilisés.

La radiographie représente le mode d'examen le plus couramment utilisable et le plus important.

Une radiographie simple de l'hypochondre droit peut montrer la présence d'air dans les voies biliaires, soit sous forme de taches claires dans l'ombre hépatique, soit sous l'aspect d'arborisations dessinant les gros canaux.

Les renseignements les plus précis et les plus importants sont fournis par l'examen en série après ingestion barytée, car ils permettent de déceler le reflux du contenu duodénal dans les voies biliaires par la bouche anastomotique. Nous devons préciser les conditions de cet examen : ne pas se contenter d'un examen en position debout, même après avoir essayé de provoquer le reflux par compression duodénale. Prendre des clichés en décubitus dorsal, et ce qui est mieux en décubitus latéral droit, le siège du malade étant surélevé — parfois seul le décubitus latéral gauche permettra d'injecter le lobe gauche. Il est indispensable de faire des examens en série : il est exceptionnel que le reflux soit immédiat; le plus souvent il n'est visible qu'après 20 à 30 minutes au moment des grandes ondes péristaltiques de l'évacuation gastrique. Mais il peut n'apparaître que beaucoup plus tard : deux à trois heures après l'ingestion. Enfin, on devra chercher la durée d'élimination de la substance opaque : il faut savoir qu'elle est des plus variable, allant de 2 heures à 24 heures (et même plus de 120 heures comme dans le cas de Balaban). Si l'on veut bien se représenter que le phénomène rendu visible par la baryte se reproduit à chaque repas on

voit que certains sujets auront en permanence des particules alimentaires dans les voies biliaires, ce qui, à première vue, ne paraît pas devoir être inoffensif pour l'épithélium.

— Lorsqu'une cholécystostomie de sécurité a été pratiquée en même temps que l'anastomose, pour soulager les sutures, l'examen lipiodolé par l'abouchement cutané permet d'étudier le mode d'évacuation de la voie biliaire par l'anastomose ou par la papille.

— Le tubage duodénal permet d'étudier le mode d'excrétion continu ou rythmique de la bile, et de prélever des échantillons pour l'examen bactériologique. Pratiqué sous l'écran au cours d'un repas baryté, on peut, grâce à lui, apprécier à la vue l'effet des médications cholagogues.

— Enfin, les mesures manométriques que rend possible la fistulisation vésiculaire, en montrant les variations des pressions dans l'arbre biliaire pendant les repas donnent également des renseignements sur le mécanisme du reflux (Mallet-Guy et Kempf).

Toutes ces méthodes d'examens ont été pratiquées systématiquement par M. Mallet-Guy, chez 8 malades, chez lesquels il a fait une C.D.S. d'indication relative. Bien que ces opérations soient récentes (quelques mois), les investigations soigneuses qui ont été pratiquées en font, au point de vue étude fonctionnelle, un document de la plus haute importance.

— Ces 8 malades ont été présentés récemment à la Société de Chirurgie de Lyon, le 1^{er} juin 1939; certains examens ont été complétés depuis. Nous y joignons une observation, récente également, du Professeur Santy.

OBS. 313. — MALLET-GUY

Femme de 61 ans, entrée dans le service de M. le Professeur Santy, pour un ictère datant de 2 mois 1/2, précédé de signes hépatiques très anciens. Epreuves fonctionnelles mauvaises : glycémie provoquée, 1,16-2,27-2,32.

Opération, le 26 novembre 1938, sous anesthésie locale : cholécystite scléro-atrophique, gros cholédoque lithiasique. Cholécotomie, extraction de deux calculs, vérification de la perméabilité vaticienne. Cholécoduodénostomie. On ne laisse pas de drainage sous-hépatique, mais on fait une cholécystostomie de sécurité.

Malgré l'administration massive de sérum glucosé, évolution d'une insuffisance hépatique avec anurie, hémorragie de la plaie opératoire et coma. La sécrétion urinaire réapparaît le 2 décembre et la diurèse se relève progressivement, mais l'urée sanguine monte et la malade meurt le 5 décembre.

L'autopsie montre une anastomose tout à fait correcte, sans aucun suintement dans le péritoine, parfaitement perméable. Histologiquement, dégénérescence graisseuse du foie et néphrite chronique.

La sonde vésiculaire avait permis au cinquième jour un examen lipiodolé, qui montrait que l'évacuation de l'arbre hépatique se faisait essentiellement par l'anastomose, le segment vaticien renfermant 10 % environ de lipiodol et 90 % de liquide duodénal, assurant ainsi la vidange du reflux.

La perméabilité de l'anastomose avait encore été affirmée par les quantités très minimes de bile qui s'étaient écoulées par la cholécystostomie : 80 cc. au total pendant cinq jours.

OBS. 314. — MALLET-GUY

F., 59 ans; avait déjà été opérée le 22 décembre 1937 : cholécystostomie pour cholécystite lithiasique gangréneuse : fistule biliaire partielle.

Opération, le 10 décembre 1938 : le cholédoque dilaté est incisé et son exploration ne montre aucun obstacle cholédocien, la pince courbe franchissant facilement l'ampoule de Vater. Trois calculs sont retirés de la branche droite de l'hépatique. Cholédoduodénostomie, le drainage vésiculaire étant conservé.

Les suites opératoires sont extrêmement simples; des quantités insignifiantes de bile s'écoulent par la cholécystostomie et les selles sont d'emblée très colorées. Le drain vésiculaire est enlevé au quinzième jour; il persiste un suintement intermittent de mucus incolore.

Depuis l'intervention, l'état de la malade est bon, sans être cependant parfait; bon appétit, bonnes digestions, parfois petits frissons, petits clochers à 38° sans douleur ni trace d'ictère. Le poids, qui était de 46 kg. dans les suites opératoires, et était remonté à 50 kg. au troisième mois, est, six mois après l'intervention, de 47 kg. 600.

Toute une série d'examens ont été pratiqués :

— examen lipiodolé par le tube vésiculaire;

— tubage duodénal, les 5 et 31 janvier et le 4 mars : écoulement continu de bile très peu influencé par l'épreuve de Meltzer-Lyon, présence de colibacilles dans les différents échantillons;

— injection lipiodolée par le tube duodénal : pas de reflux mais présence d'air dans les voies biliaires;

— radiographie sans préparation le 13 janvier et le 7 mars : présence d'air dans l'hépatique et ses branches principales;

— radiographies au cours d'un repas baryté, la malade étant couchée 10 minutes sur le côté droit, 10 minutes sur le dos, 10 minutes sur le côté gauche : injection

très nette par le liquide opaque de tout l'arbre biliaire;

— nouvelles radiographies au cours du repas baryté, mais la malade restée debout, le 27 janvier 1939. Il n'y a pas de reflux appréciable dans l'hépatique. A la fin de cet examen, l'opérée est couchée sur le côté droit, le reflux apparaît, massif.

Sur quelques clichés se dessinent l'extrémité inférieure du cholédoque qui assure activement la vidange de l'arbre biliaire.

La malade est présentée à la Société de Chirurgie de Lyon le 1^{er} juin 1939. A cette date, il était possible de conclure que :

— la bile s'écoule de façon continue dans le duodénum et renferme constamment du colibacille;

— les radiographies ont régulièrement montré, et encore il y a huit jours, un reflux baryté massif dans l'arbre biliaire, qui reste dilaté. Mais, point particulier, ce reflux ne se voit que dans le décubitus, tous les clichés pris en position debout indiquant seulement le dessin aérique des voies biliaires, qui se retrouve sur les radiographies sans préparation.

Ce reflux s'évacue en partie par la partie basse du cholédoque qui se contracte activement et cette vidange est accélérée par le tubage duodénal simultané.

De nouveaux examens ont été faits depuis :

Le 21 mai 1939, tubage duodénal, colibacilles.

Le 22 mai 1939, radiographies successives en position couchée, sur le dos, sur le côté droit et sur le côté gauche : mêmes images de reflux que le 7 mars 1939: la voie biliaire reste dilatée. Le reflux a disparu après 20 minutes de station debout.

Le 23 mai 1939, radiographies successives en position debout. Seule est visible l'injection d'air dans la voie biliaire. Un tubage duodénal est fait à la fin de l'épreuve qui montre un très bon fonctionnement du cholédoque inférieur.

Elle est revue le 26 juin 1939; bonnes digestions à condition d'éviter les aliments gras et les œufs. N'a pas présenté des troubles importants. Légère reprise de poids : pèse 48 kg.

OBS. 315. — MALLET-GUY

F., 31 ans, depuis 6 ans crises lithiasiques, et depuis un mois, signes cholédociens évidents.

Intervention, le 17 décembre 1938 : lésions peu marquées de cholécystite, extraction de quelques calculs, la vésicule étant conservée pour une cholécystostomie. Cholédoque gros comme le doigt, extraction d'un gros calcul de l'hépatique et de quatre calculs de la partie basse du cholédoque. Le cathétérisme de l'ampoule est facile. Cholédocoduodénostomie, sans autre drainage que celui de la vésicule. Suites très simples.

Le drain vésiculaire donne, dans les premiers jours, un écoulement de 250 gr. de bile, qui diminue très rapidement, pour devenir insignifiant au 47^e jour; la sonde est alors enlevée et la cicatrisation se fait de suite.

L'état général de la malade est très satisfaisant. L'appétit est excellent. Poids : 76 kg.

Après avoir présenté quelques petits troubles marqués par des douleurs épigastriques au cours de la digestion, l'opérée a été parfaitement bien pendant le mois de mars. Puis sont réapparues des douleurs peu intenses, constantes, s'exagérant à partir de 3 heures de l'après-midi, localisées dans l'hypocondre droit et irradiées dans le dos. Parallèlement, digestions longues, pénibles, avec quelques nausées, sans vomissements, enfin diarrhée postprandiale alternant avec de la constipation. Pendant trois semaines de plus, petits frissons et 38° chaque soir. Ces divers troubles ont quelque peu rétrocedé, mais il persiste à l'examen un point douloureux très net de l'hypo-

condre droit. Notons encore que la malade suit son régime et qu'elle n'a présenté aucune trace d'ictère.

De la nombreuse série d'examens qui ont été faits pendant son séjour à l'hôpital, retenons :

— lipiodol biliaire par la cholécystostomie le 23 décembre 1938, les 3 et 30 janvier 1939. L'évacuation semble se faire pour les 2/3 par l'anastomose et pour 1/3 par l'ampoule de Vater; le cholédoque inférieur étant rempli d'un mélange de liquide duodénal et de lipiodol;

— tubage duodénal les 5 et 31 janvier, le 9 février et le 3 mars. L'épreuve de Meltzer-Lyon influence peu les prélèvements biliaires. Bactériologiquement : colibacilles (alors que la culture de la bile recueillie opératoirement était stérile);

— un examen lipiodolé est fait au cours de l'épreuve de Meltzer-Lyon qui montre très nettement la contraction du segment sous-anastomotique du cholédoque, le 31 janvier ;

— injection de lipiodol par la sonde duodénale le 5 janvier : pas de reflux;

— mesure de pression par la sonde de cholécystostomie : pression moyenne très basse, 30 millimètres à jeun. Un repas donne après 20 minutes une légère ascension à 50 millimètres, puis après un court plateau, le retour en 10 minutes à 30 millimètres;

— examen radiographique sans préparation : les voies biliaires ne sont pas visibles;

— radiographies après repas baryté, la malade étant couchée 10 minutes sur le côté droit, 10 minutes sur le dos 10 minutes sur le côté gauche reflux très net dans l'hépatique qui reste dilaté et dans ses branches et leurs rameaux de division qui ne le sont pas. Le cholédoque inférieur est bien visible mais renferme un mélange de lipiodol et de liquide duodénal.

La malade est présentée à la Société de Chirurgie de

Lyon, le 1^{er} juin 1939. A cette occasion, de nouveaux examens fonctionnels ont été pratiqués.

Le 30 mai 1939, tubage duodénal : écoulement continu de bile (10 à 12 cc. toutes les 10 minutes); bile jaune verdâtre. L'épreuve de Meltzer-Lyon ne donne aucun résultat mais semble modifier les caractères de la bile qui s'éclaircit et devient jaune d'or. Colibacilles.

Le 31 mai 1939, radiographie après repas baryté (trois clichés successifs pris en station debout) ne montrent pas de reflux mais injection d'air dans les voies biliaires. Un quatrième cliché, malade en décubitus, donne un reflux dans l'hépatique et un rameau de la branche droite, avec dessin du segment sous-anastomotique. Un tubage duodénal fait à la fin de l'épreuve affirme le fonctionnement du segment inférieur du cholédoque.

Le 1^{er} juin 1939, 4 clichés pris en station debout indiquent un reflux ne dépassant pas la bifurcation de l'hépatique et montrent une très bonne évacuation par le segment sous-anastomotique.

OBS. 316. — MALLET-GUY

H., 60 ans; depuis un an signes de lithiase cholédocienne; opéré une première fois le 9 novembre 1938 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté, pédicule hépatique très enflammé, grosse induration de la tête du pancréas; la cholédocotomie ne révèle ni calcul ni rétrécissement, l'ampoule est cathétérisée sans difficulté. Cholédocotomie et cholécystostomie. Mais l'examen lipiodolé découvre quelques semaines plus tard, l'existence d'un obstacle vatérien vraisemblablement calculeux.

Le 30 décembre 1938, réintervention : le foyer de pancréatite s'est résolu et l'on peut sentir un petit calcul enclavé dans la papille. Il peut être enlevé par la cholédocotomie sus-duodénale. Cholécystectomie, cholédocodu-

dénostomie, un petit drain étant laissé dans le lit vésiculaire.

Suites très simples.

Des tubages duodénaux ont été pratiqués : tout d'abord le 13 février 1939 : écoulement régulier de bile non influencé par l'épreuve de Meltzer-Lyon, l'examen bactériologique indiquant colibacilles (de même que celui de la bile opératoire) mais de plus nombreux lamblias. A cette époque l'état du malade était devenu moins bon; un traitement anti-parasitaire est institué qui donne une amélioration générale rapide et de nouveaux tubages pratiqués montrent les mêmes conditions fonctionnelles, ne permettent plus de retrouver de parasites mais seulement du colibacille;

— les radiographies sans préparation ne montrent que de façon douteuse la présence d'air dans l'arbre biliaire.

Par contre, après repas baryté et en décubitus, l'hépatique est rempli d'air, mais ne contient pas de baryte.

La portion sous-anastomotique du cholédoque est sur la plupart des clichés, remplie de baryte, et ses contractions témoignent d'un travail intense de vidange. Sur plusieurs clichés il est évident que le repas opaque utilise ce segment cholédocien au détriment du genu superius du duodénum: il se réalise ainsi un siphonnage de l'arbre biliaire qui explique l'absence d'ascension du liquide opaque dans l'hépatique; enfin des radiographies, en station debout, montrent au contraire le dessin complet du cadre duodénal, de plus petites quantités de baryte franchissant la portion vatricienne du cholédoque.

Le malade a repris un bon état général, un excellent appétit, digère bien, suivant cependant irrégulièrement son régime. Il reprend, mais lentement, du poids. Un symptôme nouveau est venu troubler l'excellence du résultat actuel : depuis une semaine, douleurs dans l'hypocondre gauche, peu intenses, survenant de temps en temps, pendant un quart d'heure et s'accompagnant d'une sen-

sation de lassitude générale. Le malade a été présenté le 1^{er} juin 1939 à la Société de Chirurgie de Lyon, et depuis divers examens ont pu être répétés.

Le 30 mai 1939, tubage duodénal : écoulement continu de bile (2 à 3 cc. toutes les 10 minutes) bile jaune verdâtre. Epreuve de Meltzer-Lyon : en une demi-heure 60 cc. de bile jaune d'or. Examen bactériologique : staphylocoques.

Le 30 mai 1939, radiographies en décubitus : 4 clichés ne montrant pas de reflux mais le remplissage du segment sous-anastomotique qui assure en grande partie, le passage de la baryte.

Le 31 mai 1939, radiographies en station debout : pas de reflux, évacuation plus discrète par le cholédoque inférieur.

OBS. 317. — MALLET-GUY

F., 56 ans, présentant depuis 25 ans, des signes vésiculaires et déjà opérée le 15 mars 1937 : cholécystectomie pour vésicule calculuse, cholédocotomie avec ablation d'un calcul. Vérification lipiodolée. La guérison persiste pendant un an mais réapparaissent alors des crises douloureuses et en septembre 1938, une crise cholédocienne avec frissons, fièvre et ictère qui récidivent en décembre.

Le 4 janvier 1939, réintervention : cholédoque très dilaté, contenant de la boue et de petits graviers dont les plus gros sont du diamètre d'une tête d'épingle en verre. Ce sable se retrouve également dans l'hépatique. La papille est parfaitement perméable. Cholédocoduodénostomie, un drain est laissé, à quelque distance de la suture.

Les suites sont marquées par un minime écoulement de bile le premier jour seulement. Elles sont par ailleurs idéales ; cicatrisation par première intention, la

malade part avec un état fonctionnel parfait le 22 janvier. Elle est revue le 20 février allant tout à fait bien, se plaignant seulement de quelques troubles minimes lorsqu'elle a mangé un peu trop le soir et qu'elle s'est couchée trop tôt après le repas. Elle a repris 6 kgs depuis le départ de la clinique ; excellent appétit ; selles très colorées.

Des examens radiographiques sont faits le 21 février 1939. En station debout, il est négatif et le 23 février en décubitus ventral, il montre un triple niveau dans le cholédoque.

Deux crises douloureuses sont venues troubler l'excellent résultat opératoire, la première le 26 février ; au cours du repas vives douleurs dans la région sous-hépatique durant 15 à 20 minutes, s'accompagnant de pâleur et de sueurs profuses. Les jours suivants, les matières sont un peu décolorées et les urines teintées. Une nouvelle crise est apparue plus violente le 26 mars 1939 et plus longue, la douleur ayant persisté de 18 heures à 4 heures du matin. Le repas de midi, copieux, avait été mal supporté et la malade s'était sentie embarrassée jusqu'au déclenchement de la crise qui s'accompagna de vomissements alimentaires et bilieux. Pendant deux ou trois jours sans frissons, ni température, subictère, urines foncées, selles un peu blanches. Dans l'intervalle de ces deux crises, tous les 10 ou 12 jours, surviennent de petites douleurs fugaces, mais il n'existe aucun trouble digestif. Suivant les conseils qui lui ont été donnés, la malade ne se couche pas pendant les périodes digestives. Présenté à la Société de Chirurgie de Lyon le 1^{er} juin 1939. Bon état général, n'a plus souffert. Examen clinique négatif : aucun trouble depuis 2 mois, cependant perte de poids de 1 kg. De nouvelles radiographies le 29 mai 1939 ne montrent pas de reflux baryté en décubitus, mais en station debout : air dans l'arbre biliaire.

OBS. 318. — MALLET-GUY.

F., 52 ans, coliques hépatiques depuis 20 ans avec, par intervalles des signes angiocholitiques. Cholécystectomie en 1922, suivie de guérison complète jusqu'à la fin de 1937. A cette date, crise angiocholitique avec clochers thermiques à 39° et ictère. La malade est hospitalisée dans le service de M. Tixier : traitement médical, tubage duodénal, amélioration qui ne dure pas. Au cours de l'année 1938, crise typique de lithias cholédocienne, avec douleurs, température, et ictère, crise qui devient subintrante en décembre 1938. La malade est admise alors dans le service de mon Maître, M. Santy, qui veut bien me confier le soin de pratiquer une cholédocoduodénostomie. Intervention le 24 janvier 1939 : cholédoque très dilaté, renfermant deux gros calculs qui sont extirpés ainsi qu'un petit calcul de l'hépatique. Anastomose avec le duodénum d'un cholédoque gros comme le doigt et dont la paroi est épaisse de 2 millimètres. Un petit drain est laissé au contact.

Suites très simples aucun écoulement biliaire. Des examens ont été faits :

— Tubage duodénal les 20 février 1939 et 1^{er} mai 1939; légère réponse au Meltzer-Lyon, mais sans modification de l'aspect de la bile. Bactériologiquement : colibacilles (comme dans la bile opératoire);

— Radiographies sans préparation: pas d'image aérienne de l'arbre biliaire le 28 février 1939 ;

— A la même date, radiographies après repas baryté, la malade étant couchée 10 minutes sur le côté droit, 10 minutes sur le dos, 10 minutes sur le côté gauche : ni air, ni reflux baryté.

L'opérée est revue le 1^{er} mai 1939 ; excellent état général, pas de troubles digestifs, pas de douleurs.

Ecrit le 23 mai 1939 qu'elle va très bien.

OBS. 319. — MALLET-GUY.

F..., 66 ans ; crises de cholécystite calculeuse depuis septembre 1938. En novembre, quelques poussées d'ictère. Depuis 15 jours, ictère progressif.

Le 15 mars 1939, intervention : grosse vésicule à parois très enflammées renfermant des calculs ; cholécystectomie. Voies biliaires dilatées, cholédocotomie qui permet l'ablation de quelques petits calculs des dimensions de pépins de raisin. Induration de la tête du pancréas, cathétérisme facile de l'ampoule. Cholédoduodénostomie.

Suites simples ; selles d'emblée très colorées. L'ictère disparaît rapidement et depuis l'intervention la malade n'a plus présenté de troubles d'aucun ordre. Très bon appétit, reprise de poids, bref résultat parfait.

Les examens suivants ont été pratiqués :

— Radiographie sans préparation les 4, 14, 19 et 29 avril : présence inconstante d'air dans la branche droite de l'hépatique ;

— Les radiographies après repas baryté, la malade étant couchée 10 minutes sur le côté droit, 10 minutes sur le dos, 10 minutes sur le côté gauche, montrent un reflux très net dans les branches de division de l'hépatique et leurs ramifications qui ne sont pas dilatées et, d'autre part, sur un des clichés, l'image du segment inférieur également non dilaté, qui se vide activement par l'ampoule ;

19 avril 1939. — Des radiographies faites après repas baryté, la malade étant en station debout, montrent seulement la présence d'air dans la voie biliaire, alors que une dernière radiographie prise le même jour après 20 minutes de décubitus, retrouve l'image du reflux.

— Tubage duodénal le 20 avril 1939 : l'épreuve de Meltzer-Lyon déclenche l'excrétion d'une petite quantité

de bile claire, dans laquelle on retrouve du colibacille, la culture de la bile opératoire ayant été stérile.

La malade est revue le 25 mai en excellent état et présentée le 1^{er} juin 1939 à la Société de Chirurgie de Lyon. De nouveaux examens purent être pratiqués.

Le 25 mai 1939, radiographies en décubitus : reflux très net jusque dans les fines ramifications mais sans dilatation de la voie principale.

Le 26 mai 1939, radiographies en station debout : dessin très net de l'arbre biliaire injecté d'air mais sans reflux.

Le 27 mai 1939, tubage duodénal, colibacilles.

Des divers examens qui ont été pratiqués, dans les suites immédiates, et répétés au cours de la semaine dernière, nous pouvons ainsi retenir les faits suivants :

— Au tubage duodénal, écoulement régulier de bile, peu influencé par l'épreuve de Meltzer-Lyon ; présence de colibacilles ;

— Radiographiquement, à jeûn, air dans les voies biliaires ; après repas baryté et décubitus reflux dans les branches de l'hépatique et leurs ramifications *qui ne sont pas dilatées*, le cholédoque inférieur assurant la vidange active de l'arbre biliaire. Le reflux opaque manque lorsque la malade reste debout après l'ingestion.

OBS. 320. — MALLET-GUY.

F..., 53 ans, souffrant depuis une quinzaine d'années de coliques hépatiques ayant notamment fait il y a dix ans une crise violente avec réaction péritonéale ayant obligé à garder le lit pendant plusieurs semaines. Les troubles digestifs s'aggravent progressivement et, en mars 1939, douleur vive, vomissement, léger ictère. Une radiographie sans préparation ne montre pas de calcul, mais l'injection d'air des voies intra-hépatiques.

Le 9 mai 1939, intervention, fistule cholécysto-duodénale la vésicule étant de toutes petites dimensions renfermant de la bile, mais pas de calculs. Le cystique est perméable, le cholédoque est dilaté; sclérolipomatose du petit épiploon. Cholédocotomie : pas de calcul, ampoule perméable, seulement au stylet. Cholécystectomie, duodénoraphie, cholédocoduodénostomie ; un drain au contact une mèche dans le lit vésiculaire.

Les suites immédiates sont marquées par un écoulement abondant de bile pendant 48 heures ; puis tout rentre dans l'ordre. La duodénoraphie a tenu et la désunion de la suture cholédocoduodénale s'est rapidement réparée.

Les suites ont seulement été troublées par une complication pleuro-pulmonaire qui conduisit à une pleurotomie à minima, le 5 juin 1939. Chute immédiate de la température. Bonne guérison. Aucun trouble digestif.

Le 20 mai 1939, tubage duodéal : très faible écoulement de bile (2 cc. de bile verdâtre en une demi-heure). Meltzer-Lyon : chasse biliaire de 50 cc. de bile jaune pâle. Colibacilles.

Le 14 juin 1939, tubage duodéal : on compte à jeûn 20 cc. de bile jaune d'or en une demi-heure. Après Meltzer-Lyon pendant 3/4 d'heure, 20 cc. de bile semblable.

Le 17 juin 1939, radiographies en décubitus, reflux très net dans le cholédoque et les fines branches de bifurcation, de bouillie barytée. La voie principale n'est pas dilatée.

Le 21 juin 1939, radiographies en station debout. Trois clichés ne montrent pas de reflux, mais l'image d'une petite injection d'air. Un léger reflux s'amorce lorsque l'on fait étendre la malade et un tubage duodéal pratiqué par la suite montre le travail du cholédoque inférieur.

OBS. 321. — Pr SANTY.
(Inédite.)

Femme de 48 ans : coliques hépatiques depuis 1928 se répétant avec une plus grande fréquence et suivies depuis quelques mois de signes angiocholitiques.

Opération le 5 mai 1939 : lithiasé vésiculaire et lithiasé cholédocienne. Cholédoque perméable. Cholécystectomie et C.D.S.

Suites simples. Le drain vésiculaire est maintenu 15 jours.

La malade passe le 2 juin 1939 dans le service du Dr Mallet-Guy. L'état fonctionnel est bon, mais il persiste encore une petite fistule vésiculaire.

Le 6 juillet 1939 : tubage duodénal : on retire immédiatement pendant 10 minutes, 30 cc. de liquide jaune verdâtre venant avec la plus grande facilité. Puis pendant 20 minutes, 50 cc. de liquide plus trouble. Après le Meltzer-Lyon on recueille pendant 1/2 heure une petite quantité de bile hépatique puis en grande abondance une bile jaune verdâtre où flottent des débris muqueux.

Des radiographies sont pratiquées à jeun et après repas baryté. La malade étant en décubitus et en station debout. Sur aucun des clichés on ne voit la présence ni de reflux baryté, ni d'air.

La place nous manque ici, pour nous étendre sur les nombreuses discussions qu'a soulevées la question du reflux après les anastomoses de la voie biliaire principale. Depuis la constatation de Hosemann, en 1923, il a été observé souvent, mais avec une fréquence très variable. Heyrovsky, en 1929, avait déjà signalé ce fait que le reflux, dans certains cas n'apparais-

sait qu'en décubitus latéral. Il a été constaté par tous les auteurs, mais certains l'ayant observé en dehors de toute angiocholite ou autre trouble, ne lui attachent pas une grosse importance pourvu qu'il n'y ait pas de stase biliaire. Aussi on voit recommander de faire une anastomose large (2 cm.) et Jurasz voit même dans le reflux un rôle d'irrigation des voies biliaires par les sucs gastriques et duodénaux !

Sa fréquence est difficile à interpréter car l'examen radiographique n'est pas toujours pratiqué avec tout le soin nécessaire. Bernhard l'estime à 50 % des cas. Dans les 40 observations rapportées au chapitre précédent, l'examen radiologique a été pratiqué 15 fois. On a constaté de reflux dans 10 cas. Chez les 7 opérés de M. Mallet-Guy on a constaté du reflux dans 4 cas, du reflux et de l'air dans 3 cas, de l'air sans reflux dans 3 cas.

— De cette courte étude radiologique semblent se dégager trois points importants :

1° Le reflux ne se produisant presque uniquement que dans le décubitus, il est important pour l'éviter que les malades ne se couchent pas après les repas pendant la durée de la digestion.

2° Le reflux se produit surtout dans les voies biliaires dilatées et c'est dans ce cas surtout qu'il apparaît comme nuisible et comme facteur d'angiocholite. Les canaux biliaires dilatés, atoniques, se vident mal et c'est dans ces cas qu'il s'accompagne de troubles. Au contraire, dans les voies biliaires étroites, le reflux n'entraîne souvent aucune manifestation clinique.

3° Enfin, en cas de cholédoque perméable, le reflux

ne se voit qu'en décubitus et non en station debout. Le segment inférieur du cholédoque, en se contractant fortement, assure activement la vidange de l'arbre biliaire : il supprime ainsi la stase dans le cul-de-sac sous-anastomotique et évacue le contenu duodénaux reflué. La mesure des pressions faite dans ces conditions, montre qu'elles s'élèvent peu pendant la digestion, car l'élévation de la pression due au péristaltisme gastro-duodénal est rapidement atténuée par la fuite liquide qui se produit par la papille. On comprend que ces conditions physiologiques sont bien différentes de celles de l'anastomose faite pour sténose complète et peut-être suffisent-elles à expliquer la proportion plus élevée des bons résultats.

— Le tubage duodénal montre, comme on devait s'y attendre, un écoulement continu de la bile, mais dans tous les cas la bile était infectée par le colibacille.

CHAPITRE III

VALEUR DE LA THERAPEUTIQUE D'EXCLUSION DANS LE TRAITEMENT DE L'ANGIOCHOLITE ASCENDANTE

Bien que les statistiques globales donnent pour la C.D.S. d'indication relative, pour lithiasc cholédocienne en particulier, des résultats excellents qui soutiennent la comparaison avec les meilleures statistiques des cas traités par la méthode classique, elle a le défaut d'exposer comme toutes les anastomoses bilio-digestives, au grave danger de l'angiocholite ascendante. Demel (*Wien Med. Wochen*, 1937. T. LXXXVII, 875). Opposant aux résultats de Finsterer après C.D.S. ceux qu'il a obtenus avec le drainage de Kehr, constate qu'ils sont identiques, mais il rejette l'anastomose en raison de cette grave menace. Certes Finsterer, Jurasz, Floercken déclarent n'avoir jamais observé d'angiocholite, mais les observations nous ont montré malgré tout la fréquence relativement grande de cette complication qui peut se produire plusieurs années après l'anastomose. Elle est plus fréquente après les anastomoses pour sténose cholédocienne (on a parlé de 25 % des cas), mais elle se voit aussi

après C.D.S. sur cholédoque libre. Disons d'abord qu'au point de vue anatomique, l'inflammation est un fait constant dans les anastomoses bilio-digestives : mais que souvent limitée aux capaux biliaires elle n'a pas de manifestations cliniques. Au point de vue clinique l'angiocholite revêt des formes très diverses : tantôt il s'agit d'une angiocholite suppurée à marche rapide, avec abcès miliaires du foie, entraînant rapidement la mort, — tantôt le syndrome aboutit à un gros abcès hépatique presque toujours mortel.

Très souvent elle réalise la forme chronique à poussées successives dont les accès sont plus ou moins espacés.

Parfois, le syndrome apparaît précocement après l'anastomose et évolue rapidement vers la mort, parfois au contraire, il se déclare après une période, guérison complète de plusieurs années. De nombreux auteurs insistent sur ce fait, très important, que certains malades font des accès d'angiocholite légère pendant les 2 ou 3 ans qui suivent l'opération, puis que ceux-ci vont en diminuant d'intensité, pour disparaître complètement et définitivement. Parfois le syndrome infectieux, très atténué n'a pas de traduction clinique : le sujet n'accuse que quelques troubles dyspeptiques, mais il garde une hypertrophie hépatique et en quelques années on assistera à l'évolution d'une cirrhose biliaire avec insuffisance hépatique progressive.

En pratique, deux facteurs peuvent troubler les suites d'une anastomose de la voie biliaire principale : le rétrécissement cicatriciel de la bouche, et l'angio-

cholite (nous ne ferons que citer l'oblitération par un calcul). Mais le plus souvent, il est très difficile de faire le diagnostic exact de l'une ou l'autre de ces deux complications, car le rétrécissement se traduit par un syndrome angiocholitique. Sans doute le rétrécissement est généralement précoce, donnant des signes à marche progressive et des douleurs plus violentes : mais son diagnostic est surtout opératoire. Pendant longtemps le traitement de cette complication redoutable s'est résumé dans le traitement médical et le régime : ils ont une efficacité certaine, mais comme le tubage duodénal, leur action est passagère — et ils ne peuvent guérir une angiocholite. Montprofit, en concevant l'hépatico-jéjunostomie en Y, voulait réaliser un traitement préventif de l'angiocholite : mais la complexité de l'opération l'a fait peu employer.

L'expérience ayant montré que l'angiocholite était due à une infection ascendante d'origine digestive, par suppression de l'appareil sphinctérien — et que le suc pancréatique avait une action corrosive sur les tuniques des voies biliaires en cas de reflux du contenu duodénal, Mallet-Guy a proposé pour éviter ce reflux d'exclure le segment digestif où portait l'anastomose.

C'est ainsi qu'il a, le premier, pratiqué de propos délibéré une exclusion du duodénum par résection étendue de l'antrum pylorique et large gastro-entérostomie, chez une malade faisant des crises d'angiocholite 7 mois après, une H.D.S. Il obtint un très bon résultat.

OBS. 322. — MALLET-GUY.

(*Revue de Chirurgie*, t. 50, 1933, p. 175,

Mém. Acad. de Chir., t. 64, 1938, p. 68.)

Femme de 45 ans opérée par Mallet-Guy dans le Service du Professeur Bérard pour angiocholite calculeuse suppurée.

Première intervention le 25 août 1928 : Cholécystostomie (pus franc dans la vésicule distendue). Cholécotomie : cholédoque gros comme le doigt contenant du pus et de petits calculs polyédriques. Tube de Kehr.

Deuxième intervention le 11 octobre 1928 : Ectomie. On aborde le cholédoque avec de grandes difficultés, on débride l'orifice de cholécotomie pour enlever un gros calcul de la bifurcation hépatique. On s'aperçoit alors que l'on a sectionné presque complètement le cholédoque qui est coudé et méconnaissable au milieu des adhérences. Vérification de la perméabilité du bout inférieur et reconstitution de la voie biliaire principale par quelques points de suture autour d'un drain de Kehr.

Suites simples. Mais dès juin 1930 signes d'angiocholite ascendante : frissons, accès fébriles, poussées d'ictère.

Troisième intervention le 26 février 1930 : On découvre un rétrécissement fibreux juste au-dessus du duodénum ne permettant pas le cathétérisme. Drainage de l'hépatique.

Fistule biliaire.

Opération le 7 avril 1930 : Hépatico-duodénostomie sur tube de caoutchouc.

Suites très simples, mais le 7 novembre 1930, la malade revient pour des crises de subictère avec frissons et fièvre. Attribuant l'infection ascendante au reflux alimentaire par l'orifice anastomotique on propose une exclusion du pylore.

Cinquième intervention le 12 novembre 1930 : Après vérification de la perméabilité de l'anastomose qui, à la palpation admet l'extrémité de l'auriculaire, on pratique une *exclusion du duodénum* par résection étendue de l'antra pylorique et gastro-entéro-anastomose postérieure.

Suites : 7 ans. Furent très simples. Une première poussée d'angiocholite survint le 15 janvier 1931 et depuis l'état est devenu très satisfaisant : apyrexie constante, digestions excellentes, reprise de poids. Quelques apparitions de subictère fugace, un Maillard à 9,5 font cependant admettre un certain degré d'insuffisance hépatique.

Depuis mars 1932, la malade est confiée au Docteur Croizat qui obtient une notable amélioration de l'état fonctionnel du foie par les cholagogues, les extraits pancréatiques et hépatiques. Le subictère net qui était récemment apparu se réduisit vite à une très légère coloration des conjonctives, le prurit disparut.

En juillet 1932, l'état était devenu vraiment satisfaisant.

Fin octobre 1932, la malade revint se montrer, racontant avoir présenté la semaine précédente un épisode fébrile qualifié de grippal. En fait, il avait été marqué par un frisson avec ascension thermique de quelques heures à 39° et suivi d'une poussée d'ictère avec quelques douleurs dans l'hypocondre droit. Foie augmenté de volume, région sous-hépatique douloureuse.

Une série de séances de diathermie sur la région hépatique semble d'abord peu efficace mais au bout de quelques semaines donne une disparition des douleurs avec reprise de l'état général.

Revue le 5 décembre 1932, l'opérée donne l'impression nette d'être actuellement stabilisée : aucun signe d'insuffisance hépatique grave ou progressive.

Le 12 janvier 1933 : nouvel examen. 33 mois après

l'anaslomose on note : bon état général subictère des conjonctives variant d'un jour à l'autre et disparaissant parfois complètement. Pas de prurit. Diminution du volume du foie, région sous-hépatique souple et indolore, l'opérée a repris ses forces.

Analyse d'urine (Pr. Agr. Chambon) : Ammoniac : 0 gr. 77. Urée : 8 gr. 75 par litre. Coefficient de Maillard : 16.

Le 1^{er} mars 1935, la malade a engraisé de 10 kg. en deux ans et a repris son poids normal, appétit excellent, selles assez régulières. De temps en temps, subictère de 8 à 10 jours à l'occasion de fatigue ou du froid. Pas de prurit. A la palpation gros foie dur, non douloureux, dont le bord nettement perçu débordé de 6 cm. sous le rebord costal. Signe nouveau : la rate est grosse débordant de 12 cm. non douloureuse, s'avancant vers l'ombilic. Pas d'ascite.

Diverses analyses ont été pratiquées : glycémie 0,60. Réserve alcaline, 68. Urée sanguine, 0,23. Maillard, 29. Examen hématologique (Dr Noël), pas d'anémie. Temps de coagulation et temps de saignement normaux ; hyperpolynucléose neutrophile.

Revue en Mars 1936. Depuis un an l'état général est resté très satisfaisant. Après une courte période de fatigue, en avril 1935, reprise du poids perdu, appétit excellent, selles quotidiennes souvent décolorées. Peut faire son ménage. A l'examen, elle est ictérique, mais précise que ce n'est pas là un état constant et que certains jours le teint est normal. Pendant les poussées d'ictère : prurit mais sans frissons ni température. Gros foie non douloureux débordant de trois travers de doigt. Rate toujours volumineuse, pas d'ascite mais légère circulation collatérale de la paroi. Divers examens cliniques ont précisé l'état fonctionnel du foie : glycémie provoquée à jeûn : 1,36, une heure après ingestion de 30 grammes de glucose : 2,34, deux heures plus tard : 1,47. Ainsi ces

diverses recherches montrent qu'il n'existe aucun signe d'aggravation dans l'état hépatique depuis un an, on note même une amélioration.

Revue le 5 avril 1937 : déclare se porter très bien, travaille normalement bon appétit, digestions excellentes, poids stationnaire à 58 kg., ni frissons, ni température. Cependant subictère, mais les matières restent normalement colorées. Pendant 3 mois la malade n'a pas été ictérique, pas d'ascite, foie indolore débordant de 5 cm., grosse rate dont le pôle inférieur est à 10 cm. du rebord costal.

Depuis un an, l'état de la malade est resté absolument stationnaire.

La malade est revue le 10 janvier 1939. Son état s'est aggravé : ictère ascite, grosse rate et gros foie, œdème des membres inférieurs, mais pas de température, les selles ne sont pas complètement décolorées et renferment des pigments biliaires. Coefficient de Maillard = 15,6. Examen sanguin :

G.R. : 4.650.000.

G.B. : 15.000.

Temps de saignement : 3'.

Résistance globulaire :

Commence au tube 13 : 0,44.

Importante au tube 15 : 0,40.

Totale au tube 19 : 0,32.

Richesse en hémoglobine : 80.

Valeur globulaire : 0,86.

Formule leucocytaire :

poly. Neutrophiles : 83 %.

Eosinophiles : 4 %.

Lymphocytes : 7 %.

Monocytes : 6 %.

On trouve deux phases dans cette longue observation après l'exclusion duodénale : d'abord disparition des phénomènes infectieux, avec guérison; puis évo-

lution après plusieurs années d'une cirrhose biliaire qui ne paraît pas devoir être imputée à l'anastomose : il semble plutôt s'agir d'une lésion cicatricielle après infection chronique.

Cette opération d'exclusion duodénale a été pratiquée depuis, dans quelques cas : Leclerc l'a faite pour une angiocholite, mais, dans toutes les autres observations l'opération n'a pas été réalisée dans un but d'exclusion. Il s'agit le plus souvent de malades réopérés pour affection gastrique ou sténose pylorique, chez lesquels il est intéressant de voir quelles ont été les suites de l'anastomose.

Ces cas sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion. Retenons le bon résultat obtenu par Heyrovsky pour des douleurs paraissant dues au reflux, le résultat passager de Leclerc, l'excellent résultat de Baggio.

OBS. 323. — HEYROVSKY.

(*Wiener Med. Wochen.*, t. 79, 1929, p. 654.)

Lithiase du cholédoque.

Opération : C.D.S.

Suites : 2 ans. Disparition complète des douleurs au début ; quelques mois plus tard, pesanteur après les repas et vomissements fréquents. Pensant que les troubles étaient dus à une sténose pylorique incomplète, on fait une gastro-entéro-anastomose. Pas d'amélioration. C'est seulement deux ans après que l'on constata un reflux. Le pylore et la gastro étaient perméables : pas de signes de sténose duodénale. La malade, couchée sur le côté droit, ce qui calmait ses douleurs, on vit encore un reflux se produire, et s'injecter les plus fines voies biliaires. Comme la malade vomissait toujours, on fit une

exclusion du pylore : disparition des douleurs, mais amélioration peu nette de l'état général ; prend 3 kg. On n'a pas pu mettre en évidence de signes d'angiocholite. Les vomissements doivent être mis sur le compte d'une insuffisance hépatique.

OBS. 324. — LECLERC.

(*Mém. Ac. Chir.*, t. 63, 1937, p. 1265.)

Femme de 28 ans ; fistule biliaire totale de la voie biliaire principale par résection opératoire du cholédoque pendant une ectomie en avril 1928. Réintervention 7 jours après : on constate une section de l'hépatique dont la réfection échoue. Fistule, subictère et frissons.

Opération, 22 juin 1928 : Cholédoque introuvable, paraissant détruit sur une grande étendue.

H.G.S. par implantation sur drain.

Suites : 9 ans. Suites immédiates simples. Va bien pendant 6 mois, puis crises douloureuses, intermittentes, avec frissons, température à 40°. Enfin, ictère par rétention progressif.

Réintervention en février 1929. L'anastomose que l'on croyait rétrécie est perméable : on l'élargit et la refait sur un drain. Suites bonnes, mais peu d'influence sur l'infection biliaire qui cesse lentement. Celle-ci reprend violemment en août 1929. Accès très fréquents, douleurs, frissons, clochers fébriles à 40°, ictère avec décoloration des selles.

Revient en avril 1930, avec ictère foncé et température élevée. Donc, angiocholite qui n'est pas due au rétrécissement de l'anastomose.

Radio : pas de reflux. En mai 1930, drainage de l'hépatique : on constate que l'anastomose est perméable. Les accès reprennent en janvier 1932, de plus en plus fréquents.

Le 1^{er} décembre 1932, exclusion du pylore. Amélioration indiscutable pendant 1933 et 1934 ; les accès re-

prennent au milieu de 1935 avec ictère et décoloration des matières. En 1936, état sub-fébrile avec subictère continu et signes d'insuffisance hépatique avancée.

Réopérée deux fois ailleurs en 1937. Etat inchangé.

Comm. pers.: la malade est morte quelques mois après la publication.

OBS. 325. — KLOSTERMANN.

(Thèse de Dusseldorf, 1937.)

Femme de 46 ans ; ictère et coliques depuis 8 semaines. Mauvais état général.

Opération, le 4 juillet 1933 : Vésicule et cholédoque dilatés et enflammés. Obstacle de la papille que l'on juge inopportun de lever vu l'état général.

Ectomie (400 calculs) et C.D.S.

Suites : Guérison le 54^e jour ; a pris 3 kg. Revient avec des douleurs au niveau du foie, sans ictère.

Radio : 13 décembre 1933 : pas de reflux en position debout mais il se produit immédiatement en position couchée. Il reste encore de la baryte 6 heures après. Après le repas de midi, on la fait rester debout 3 heures et les troubles disparaissent. De nouveau, mauvais état général, réintervention le 19 janvier 1934. Grosse tumeur rétro-duodénale au niveau de la papille avec de l'ascite ; gastrectomie d'exclusion : décès.

Autopsie : Sténose duodénale au niveau de la deuxième portion ; cholédoque à peine perméable à la sonde. Anastomose de la taille d'un crayon en amont de la sténose duodénale. Angiocholite légère ; métastase hépatique.

OBS. 326. — BAGGIO.

Policlinico (*Sez. Pratica*), 1936, p. 1767.

Femme opérée avec le diagnostic de lithiasé vésiculaire.

Opération le 3 mars 1928 : On trouve des adhérences diffuses sous-hépatiques, de plus des adhérences gastriques importantes font soupçonner un ulcère. Pas de calcul biliaire. On pratique une ectomie complétée par C. D.S. par implantation et une gastrectomie pour exclusion.

Suites : Guérison parfaite. Réapparition de la menstruation. Excellent état sans troubles. La malade a eu par la suite quatre grossesses sans incidents. 8 ans après l'opération continue à aller très bien.

OBS. 327. — Professeur SANTY.

(Inédite.)

Femme de 59 ans. En 1933, gastrectomie (Polya) pour ulcère gastrique. Apparition de nouveaux troubles digestifs depuis 2 ans avec crises de coliques hépatiques suivies d'élévation thermique et de subictère, ces crises vont en augmentant de fréquence.

Intervention le 17 février 1939 : Vésicule énorme sans calculs, pleine de bile. Noyau induré de la tête du pancréas. Cholécotomie, cholédoque dilaté contenant de la bile trouble et un petit calcul arrondi : l'exploration ne permet pas de pénétrer dans le duodénum.

C.D.S. latéro-latérale (en deux plans, épiplœoplastie) complétée par une cholécystostomie de décharge. La bile cholécocienne renferme du colibacille.

Suites simples mais une quantité importante de bile s'écoule par la stomie (300 cc. en 24 heures). Au 15^e jour on essaye d'oblitérer le tube de drainage mais réappa-

rition de douleurs. On analyse l'écoulement vésiculaire par examens fractionnés de 3 heures en 3 heures, ils donnent un résultat comparable à celui que l'on obtient habituellement après cholécystostomie : bile nocturne foncée bile diurne claire.

Le 2 mars 1939, lipiodol : on ne surprend pas de passage par l'anastomose mais le cholédoque sous-jacent est très dilaté et s'évacue par l'ampoule de Vater.

Le 7 mars 1939, puis le 9 mars 1939, on mesure la pression de la voie biliaire : pression basse entre 30 et 50 mm. d'eau, il y a une augmentation assez nette après un repas (55 mm.).

Le 1^{er} avril 1939, nouvelle exploration lipiodolée qui ne montre toujours pas de passage par l'anastomose. Ablation du tube de stomie. Guérison sans incidents.

A défaut d'exclusion duodénale par gastrectomie, la simple gastro-entéroanastomose semble avoir également un effet favorable car elle diminue la pression duodénale. Il est rare qu'elle ait été faite dans ce but, nous en avons cependant quelques exemples. Strauss, Strauss, Strauss et Crawford, en 1933, expliquent comment ils en sont venus à faire systématiquement une gastro-entéroanastomose après C.D.S. pour « stase biliaire ». (Ils entendent par ce nom, des syndromes pseudolithiasiques, pancréatites chroniques spasmes du sphincter d'Oddi, par angiocholite atténuée) après l'observation du cas suivant.

OBS. 328. — STRAUSS, STRAUSS, STRAUSS et CRAWFORD.
(*J.A.M.A.*, t. 101, 1933, vol. 4, p. 1365.)

Pancréatite chronique avec ictère.

Opération : C.D.S. latéro-latérale.

Suites : 5 semaines après l'opération, le malade fut pris de coliques, frissons, fièvre, avec ictère léger intermittent.

Radio : reflux baryté injectant toutes les voies biliaires. Il restait un peu de baryte de 24 à 56 heures après l'ingestion. On en conclut que ce reflux devait entraîner angiocholite et hépatite et qu'il était dû à l'augmentation de la pression intra-duodénale que la gastro-entéro-anastomose devrait supprimer. On fit la gastro : disparition des troubles, plus de reflux.

Les auteurs ont traité par la suite 20 cas par C.D.S. et gastro E.A. systématique : ils ont eu 20 guérisons excellentes. Ils ont également appliqué la même méthode à 5 cas de lithiase du cholédoque récidivée avec 5 guérisons.

Lardennois partant du même principe a publié récemment un bon résultat sur des douleurs paraissant en rapport avec le reflux. Bergeret qui préfère la C. D.S. par implantation, fait après chaque anastomose, une gastro E.A., pour dériver la plus grande partie des aliments et soustraire l'anastomose à leur action irritante.

Mais dans la plupart des cas d'anastomose associée à une gastro E.A., celle-ci a été faite pour prévenir les inconvénients que peut entraîner le duodénum attiré vers le haut et coudé par l'anastomose. Les 11 cas que nous avons réunis ont tous été suivis de bons résultats.

Signalons le cas de Fetzner, dans lequel, malgré la dérivation gastro-jéjunale, il se produisait du reflux. Il en est de même de l'observation de Oettle — et ceci

vient apporter un test certain de la moindre valeur de la gastro E.A.

OBS. 329. — LARDENNOIS.

(*Mém. Ac. Chir.*, t. 64, 1938, p. 75.)

Femme de 41 ans ; opérée à deux reprises en 1928 pour des accidents de lithiase vésiculaire et cholédocienne (deux calculs vatriens). Vue en 1936 avec subictère, douleurs, température à 40° et frissons. Signes de phlegmon chronique sous-hépatique.

Opération, 28 mars 1936 : Gangue phlegmonneuse sous-hépatique ; cholédoque enserré dans un bloc cicatriciel à sa partie inférieure où l'on ne peut ni le découvrir ni le suivre. Gros foie ; canal très dilaté.

H.D.S. latéro-latérale avec drainage de l'hépatique en-dessus.

Suites : 20 mois. Guérison ; ablation du drainage de l'hépatique. La malade se met à avoir des douleurs à type de coliques hépatiques atténuées après chaque digestion.

Radio ; reflux de baryte et d'air persistant 5 heures après l'ingestion dessinant tout l'arbre biliaire. On fait alors une large gastro-entéro-anastomose qui a amélioré considérablement la malade. Pas d'examen après cette opération.

OBS. 330. — PACKARD.

(*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1908, t. 159, p. 106,

Congrès français de Chirurgie, 1908.)

Femme ayant présenté un ictère très marqué trois ans auparavant. Nouvel ictère en janvier 1907. Ectomie, grosse vésicule sans calculs. Cholédoque très dilaté, sans calculs perceptibles que l'on draine. Huit semaines après ictère par rétention avec selles décolorées.

Opération, 11 avril 1907 : Duodénotomie : gros ulcère calleux au niveau de l'ampoule de Vater avec tissu cicatriciel à son voisinage. Section du cholédoque.

C.D.S. par implantation. Vu l'état du duodénum on fait une gastro de sécurité.

Suites : 18 mois. Guérison rapide sans fistule qui se maintenait après un an et demi.

OBS. 331. — TROELL.

(*Mitteil., a. d. Grenz. der Med. u. Chir.*, t. 30, 1918, p. 545)

H. 57 ans : Douleurs et ictère depuis octobre 1913, grosse vésicule, gros foie En novembre 1913 : ectomie et drainage du cholédoque pour lithiasé. Un mois après douleurs, fièvre et ictère sous forme de crises très violentes.

Opération le 7 septembre 1914 : Ictère très foncé sans température selles décolorées, adhérences serrées, petit foie (biopsie). Sténose de la papille. Dissection du cholédoque très court mais très dilaté. Mobilisation du duodénum. On sent au niveau de la papille une tumeur dure, grosse comme une noix.

C.D.S. latéro-latérale. Comme le duodénum était attiré vers le haut et coudé gastro-entéro-anastomose.

Suites : Guérison.

Biopsie du foie : hépatite chronique interstitielle avec atrophie marquée du parenchyme.

Revu le 10 janvier 1916 : très bon état depuis l'opération. Selles et urines normales. Parfaite santé apparente.

20 mois après l'opération, continue à aller bien, douleurs légères dues à une éventration.

OBS. 332. — FETZER.
(*Roentgenpraxis*, t. 7, 1930.)

Femme de 37 ans ; coliques hépatiques pendant sa troisième grossesse. Après l'accouchement, nouvelles crises avec ictère. Il y a sept ans, après un quatrième enfant, nouvel ictère.

Opération : 1923, par Florecken ; grosse vésicule calculeuse ; calcul du cholédoque.

Ectomie et C.D.S.

Suites : 7 ans. Guérison. Dilatation aiguë post-opératoire traitée par gastro. Aucun trouble les années suivantes. Revient en mars 1929 pour pesanteur gastrique et vomissements bilieux ; on ne fait pas de diagnostic précis car l'examen est négatif : foie normal, taux de la bilirubine normal ; pas d'ictère, pas de fièvre. Pas de signes d'insuffisance hépatique ; stase gastrique.

Radio : en station debout, l'estomac se vide par la gastro et par le pylore. En position couchée, reflux dans le cholédoque sous forme d'une traînée opaque de 3 mm. ; deux heures après, les plus fines voies biliaires sont injectées. Huit heures après les voies biliaires sont encore remplies de baryte et d'air ; il ne reste rien 24 heures après.

OBS. 333. — CATTLE.
(*Chirurg.*, t. 10, 1938, p. 872.)

Femme de 52 ans ; ectomie en novembre 1926 ; ictère progressif sans douleurs, avec selles décolorées au début de 1927.

Opération, 14 juillet 1927 : Rétrécissement cicatriciel complet près de la bifurcation de l'hépatique.

H.D.S. à la Goetze sur drain perdu. On fait en plus, une gastro pour soulager la suture.

Suites : 10 ans. Le 3 décembre 1927, ablation du drain,

non éliminé spontanément et qui donnait des troubles ; incrustation très marquée du tube. Revue le 13 décembre 1937 : guérison complète, mange de tout, n'a jamais eu d'ictère ; pas de frissons, selles normales, état général parfait, a pris 35 livres ; foie normal.

Radio : en décubitus latéral droit, les grosses. voies biliaires se remplissent en quelques minutes. Les plus petites ramifications s'injectent ensuite partiellement après 15 minutes. Air visible, mais les petits canaux restent injectés. Après une heure, évacuation complète.

OBS. 334. — BERGERET.

(*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris t. 63, 1937, p. 499 ; *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 65, 1939, p. 369.)

Femme de 45 ans ; ectomie pour lithiase en 1927 suivie de fistule : ictère 6 mois plus tard. Vue au quatrième mois d'un ictère par rétention.

Opération, 8 juin 1928 : Cholédoque dilaté, pris dans un bloc fibreux au voisinage d'un confluent cystique (rétrécissement cicatriciel). C.D.S. + gastro.

Suites : 8 ans. Guérison. Revue en janvier 1937. A eu des suites très simples sans incidents, pas d'ictère, selles normales ; refuse un tubage duodénal.

OBS. 335. — Von REDWITZ.

(Comm. pers. Eliot, *Ann. Surg.*, 1936, t. 104.)

Rétrécissement cicatriciel de l'hépatocolédoque trois semaines après une ectomie.

Opération : C.D.S.

Suites : 5 ans. Rétrécissement secondaire de l'anastomose au bout de 3 ans. Réintervention : H.D.S. sur tube ressortant du duodénum à la Witzel et conduit à l'extérieur par la plaie opératoire (technique de Wolker). Gastro-entéro-anastomose complémentaire.

Suites : ablation facile du tube, suivie deux ans sans troubles.

OBS. 336. — VON REDIWITZ.

(Comm. Pers. Eliot, *Ann. Surg.* t. 104, 1936.)

Résection du cholédoque pendant une ectomie. Trois jours après ictère : réintervention, suture bout à bout sur tube ; récidence du rétrécissement en moins d'un an.

Opération : Rétrécissement cicatriciel de l'hépto-cholédoque. H.G.S. directe avec gastro-entéro-anastomose (on trouve que le tube perdu placé lors de la première intervention était sorti du cholédoque et avait ulcéré la paroi gastrique).

Suites : Allait bien un an après.

OBS. 337. — VON REDWITZ.

(Comm. pers., Eliot, 1936.)

Section du cholédoque au cours d'une ectomie ; suture bout à bout trois jours plus tard. Première récidence en moins d'un an ; seconde récidence après 10 mois.

Opération : H.G.S. et gastro-entéro-anastomose.

Suites : 1 an, Aucun trouble.

OBS. 338. — BERGERET.

(*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 63, 1937, p. 495 ;
Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, t. 65, 1939, p. 369.)

Femme de 43 ans ; crises douloureuses très anciennes ; lithiase pancréatique. En décembre 1936, ectomie pour vésicule non calculeuse ; cholédoque très dilaté, épaissi et enflammé, avec obstacle pancréatique. Drain de Kehr après ablation de nombreux calculs intra-pancréatiques. Lipiodol, rien ne passe dans le duodénum.

Opération, 14 janvier 1937 : Cholédoque très dilaté, sténose dans son trajet pancréatique.

C.D.S. par implantation après ligature du bout inférieur du cholédoque et gastro-entéro-anastomose complémentaire.

Suites : Va bien au bout de deux ans ; pas de signes d'angiocholite ; la bile contenait de l'entérocoque.

OBS. 339. — BERGERET.

(*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, t. 65, 1939, p. 369.)

Femme de 41 ans ; stomie pour cholécystite calculieuse en mars 1929. En juillet 1929, opération de Halstedt pour cancer du sein droit. En février 1937, ictère par rétention. En mars 1927, drainage du cholédoque par drain de Kehr. Biopsie d'une tumeur pancréatique : néoplasme.

Opération, 11 juin 1937 : Cholédoque dilaté, cancer de la tête du pancréas. C.D.S. atypique par implantation sur tube avec gastro complémentaire.

Suites : 13 mois. Va bien 8 mois, puis se cachectise lentement. Décès en juillet 1938, sans avoir présenté des signes d'angiocholite.

Au point de vue pratique nous concluons par quelques notions tirées de ce que nous apprend ce chapitre. L'exclusion duodénale a une valeur certaine comme traitement curatif et prophylactique de l'angiocholite ascendante, car elle tend à supprimer le reflux.

La gastro-entéro-anastomose est de moindre valeur, mais il ne faudra pas hésiter à la pratiquer chaque fois que l'on soupçonne une gêne, même légère à l'évacuation duodénale : cette sténose incomplète entraînant une augmentation de la pression intraduodénale et exposant davantage au reflux.

Enfin, en cas de C.D.S. pour indication relative, recommander au malade de ne pas s'étendre après les repas. En cas d'angiocholite essayer d'abord le traitement médical et les cholagogues, savoir l'action très favorable du tubage duodénal, mais si les phénomènes infectieux persistent menaçants, recourir à l'exclusion duodénale.

★ ★

Arrivé à la fin de cette étude, on s'étonnera peut-être de ne pas trouver de statistique et de chiffres précis. Nous avons été obligé de diviser nos observations en catégories trop nombreuses : chacune de celles-ci comprend un trop petit nombre de cas pour que nous puissions donner un pourcentage de bons résultats et de complications qui ait quelque valeur.

Nous croyons avoir montré à l'aide de faits précis, que l'anastomose sur cholédoque perméable; d'indication relative, donne des résultats meilleurs que l'anastomose réalisée pour sténose, mais, que contrairement à ce que prétendent certains auteurs, elle expose à l'angiocholite ascendante avec une fréquence qui n'est pas négligeable.

Malgré les excellents résultats que peut donner la C.D.S., il faut bien reconnaître qu'elle est une opération antiphysiologique, supprimant tout contrôle sphinctérien entre duodénum et voies biliaires. Il nous paraît difficile d'admettre que le réflexe si fréquemment observé soit inoffensif, et, pour ces raisons il nous semble que la cholédoco-duodénostomie ne doit être réalisée qu'avec circonspection.

On s'étonnera peut-être de ne pas trouver d'index bibliographique à la fin de notre travail : les observations comportent toutes une référence : celles-ci résument pratiquement les travaux que nous avons consultés et nous n'avons pas jugé utile de les reproduire une seconde fois.

CONCLUSIONS

I. — Les anastomoses de la voie biliaire principale supprimant toute fonction sphinctérienne entre le cholédoque et le tube digestif, exposent de ce fait à un risque d'angiocholite ascendante. Ce risque est matérialisé par les images radiologiques qui montrent souvent un reflux impressionnant du contenu digestif dans l'arbre biliaire.

II. — Un autre facteur de mauvais résultats est représenté par l'évolution possible d'un rétrécissement de l'orifice anastomotique.

III. — Des opinions contradictoires ont été émises sur la fréquence de ces complications plus ou moins tardives que l'ont peut observer après établissement d'une anastomose de la voie biliaire principale. Ces divergences trouvent leur explication dans des modalités différentes de technique et d'indication.

IV. — C'est ainsi que doivent être mises à part les anastomoses médiales par prothèse caoutchoutée qui, avec une très grande fréquence voient leurs résultats

éloignés grevés de complications angiocholitiques dépendant en réalité d'une sténose de la bouche.

V. — Mais dans le cadre précis des anastomoses directes avec suture exacte des deux orifices viscéraux, il convient encore de distinguer deux ordres de faits, suivant que l'intervention a été imposée par l'existence d'un obstacle absolu, ou que, au contraire, elle a été pratiquée sur un cholédoque perméable.

VI. — Les observations que l'on retrouve dans les travaux français ou anglo-saxons concernant presque toutes des faits de sténose absolue de la voie biliaire; le pourcentage des complications tardives est relativement élevé.

VII. — Les cholédoco-duodénostomies pratiquées, au contraire, sur cholédoque perméable, selon les indications posées par Sasse, en 1913, c'est-à-dire pour assurer la fermeture sans drainage externe d'une cholédocotomie pour lithiase, après ablation de tous les calculs, semblent donner, dans l'ensemble, des résultats fonctionnels et éloignés de qualité très supérieure.

VIII. — Une explication peut être donnée de cette différence d'évolution éloignée par l'analyse des conditions fonctionnelles : le jeu du cholédoque inférieur, limitant dans une large mesure, lorsqu'il est perméable, le risque inhérent au reflux duodénal.

IX. — Une thérapeutique existe soit pour prévenir l'angiocholite ascendante, soit pour en enrayer l'évo-

lution : l'exclusion du segment digestif sur lequel porte l'anastomose. Dans le cas habituel d'une anastomose duodénale cette indication est remplie par la gastrectomie pour exclusion, ou, à défaut, la simple gastro-entéro-anastomose.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LÉPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
COTTE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 25 Juin 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
------------------------	----

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Evolution des idées en France	13
CHAPITRE II. — Evolution des idées à l'Etranger..	25
CHAPITRE III. — Nécessité d'une classification d'après les conditions fonctionnelles	51
CHAPITRE IV. — Exemple d'une documentation ho- mogène. Observations de la clinique de Giessen	57

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Les anastomoses par prothèse perdue sans suture directe	87
Méthode de Wilms Brewer-Sullivan. Observations	105
1° Résultats parfaits	105
2° Résultats éloignés imparfaits	113
3° Résultats mauvais	115
CHAPITRE II. — Les anastomoses directes du type termino-latéral pour oblitération haute du cholé- doque	133
A. — Anastomoses de l'hépatique avec le jéju- num ou l'estomac	135
B. — Hépatico-duodénostomies termino-latérales	143
1° Résultats parfaits	143
2° Résultats imparfaits	163
3° Résultats mauvais	184

CHAPITRE III. — Les anastomoses latéro-latérales pour oblitération basse du cholédoque	195
Résultats parfaits	197
Résultats imparfaits	213
Résultats mauvais	219

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Résultats cliniques des anastomoses d'indication relative	229
Résultats parfaits	233
Résultats imparfaits	249
Résultats mauvais	251
CHAPITRE II. — Les conditions fonctionnelles de la cholédoco-duodénostomie sur voie biliaire perméable .	257
CHAPITRE III. — Valeur de la thérapeutique d'exclusion dans le traitement de l'angiocholite ascendante .	277
CONCLUSIONS .	299

